

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 6

LES
TUBERCULOSES CHIRURGICALES
de l'Intestin Grêle

LEUR THÉRAPEUTIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Novembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE PATEL

Prosecteur à la Faculté (Concours du 8 novembre 1901)

Aide d'Anatomie (Concours du 2 mars 1900)

Ancien interne des Hôpitaux de Lyon et de la Clinique d'accouchements

Lauréat de la Faculté (1895-96, 1896-97)

Né à Lyon, le 13 Décembre 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1901

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 6

LES
TUBERCULOSES CHIRURGICALES
de l'Intestin Grêle
LEUR THÉRAPEUTIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Novembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE FATEL

Prosecteur à la Faculté (Concours du 8 novembre 1901)

Aide d'Anatomie (Concours du 2 mars 1900)

Ancien interne des Hôpitaux de Lyon et de la Clinique d'accouchements

Lauréat de la Faculté (1895-96, 1896-97)

Né à Lyon, le 13 Décembre 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESSEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.	X.
Clinique des Maladies mentales.	FOCHIER.
Clinique des Maladies des enfants.	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	WEILL.
Matière médicale et Botanique.	MONOYER.
Parasitologie.	HUGOUNENQ.
Anatomie.	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.	FLORENCE.
Physiologie.	LORTET.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie externe.	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MORAT.
Anatomie pathologique.	TEISSIER.
Médecine opératoire.	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.	MAYET.
Médecine légale.	TRIPPIER.
Hygiène.	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.	ARLOING.
Pharmacologie.	LACASSAGNE.
	COURMONT.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des femmes.	M. LAROYENNE.
---	---------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique.	DEVIC, —
Physiologie.	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVLOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. CHANDELUX, Assesseur ;
MM. BERARD et VILLARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

TABLE DES MATIÈRES

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.....	13
-------------------------------	----

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE..	23
---	----

1. — Tuberculoses cicatricielles sténosantes.....	25
2. — Tuberculoses sténosantes hypertrophiques..	32
3. — Tuberculoses entéro-péritonéales.....	40
4. — Rétrécissements multiples.....	44
5. — Complications.....	54
<i>a</i>) locales (adhérences, perforation, invagina- tion).....	54
<i>b</i>) générales	60
6. — De l'état des tuniques intestinales au voisi- nage d'une sténose.....	62

CHAPITRE II. — SYMPTOMATOLOGIE.....	80
-------------------------------------	----

1. — Tuberculoses sténosantes (uniques et multi- ples)	81
2. — Tumeurs tuberculeuses.....	95
3. — Complications. Occlusion aiguë. Perforation.	101
4. — Diagnostic.....	103

COMPLÉMENTS.....	114
1. — Observations de rétrécissements tuberculeux multiples, non opérés.....	114
2. — Bibliographie.....	119

DEUXIÈME PARTIE

Thérapeutique chirurgicale.

CHAPITRE PREMIER. — INDICATIONS OPÉRATOIRES

GÉNÉRALES.....	123
1. — Traitement médical.....	124
2. — Traitement chirurgical (indications, contre-indications).....	126
3. — Conduite opératoire générale.....	131

CHAPITRE II. — MÉTHODES CHIRURGICALES.....

ARTICLE I. — <i>Laparotomie simple</i>	135
ARTICLE II. — <i>Entéroplastie</i>	146
ARTICLE III. — <i>Entérectomie</i>	151
A. Particularités opératoires	152
1. — Section de l'intestin	152
2. — Section du mésentère.....	153
3. — Limites de l'entérectomie.....	153
4. — Mode de réunion des anses intestinales..	158
B. Observations.....	161
1. — Tuberculoses limitées	161
2. — Rétrécissements multiples	170
C. Résultats d'ensemble	174

ARTICLE IV. — <i>Entéro-anastomose</i>	176
A. Particularités opératoires	176
1. — Choix des anses intestinales	176
2. — Variétés d'anastomose	177
3. — Mode de réunion.....	177
4. — Longueur d'intestin.....	179
B. Observations	180
1. — Rétrécissement unique	180
2. — Rétrécissements multiples et tuberculoses diffuses.....	181
C. Résultats	190
INDICATIONS DE L'ENTÉRECTOMIE ET DE L'ENTÉRO-ANASTOMOSE	199
A. Indications précises.....	199
B. Indications discutables.....	200
1. — Emploi de l'entérectomie.....	201
2. — Emploi de l'entéro-anastomose.....	204
ARTICLE V. — <i>Exclusion intestinale</i> (Emploi que l'on peut en faire dans les tuberculoses fermées de l'in- testin grêle).....	208
A. Exclusion bilatérale.....	210
1. — Exclusion avec occlusion totale.....	210
2. — Exclusion avec occlusion partielle.....	210
B. Exclusion unilatérale	213
1. — Historique.....	213
2. — Ses avantages.....	215
3. — Son emploi.....	216
4. — Manuel opératoire.....	219

CHAPITRE III. — TRAITEMENT DE QUELQUES COM- PLICATIONS.....	221
ARTICLE I. — <i>Traitement des fistules pyo-stercorales.</i>	221
A. Traitement médical.....	222
B. Méthodes extra-péritonéales.....	223
C. Méthodes intra-péritonéales.....	224
1° Entérectomie.....	224
a). Ses dangers.....	225
b). Indications.....	226
2° Entéro-anastomose.....	228
3° Exclusion intestinale.....	230
A. Exclusion bilatérale.....	231
B. Exclusion unilatérale.....	232
a). Observations.....	233
b). Résultats et avantages.....	239
<i>Résumé du traitement d'une fistule pyo-stercorale...</i>	241
ARTICLE II. — <i>Traitement de quelques autres com- plications</i>	242
A. Conduite à tenir dans l'occlusion aiguë.....	242
1° Anus contre nature.....	243
2° Laparotomie précoce.....	244
B. Traitement de l'invagination.....	249
C. Section des brides.....	252
D. Traitement de la perforation.....	256
BIBLIOGRAPHIE.....	258
CONCLUSIONS.....	262

Depuis le début de nos études médicales, M. le professeur Poncet nous a toujours témoigné le plus grand intérêt ; au cours de cet ouvrage, il ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils ; il a bien voulu nous ouvrir les portes de son laboratoire et mettre à notre disposition les observations de sa clinique ; en tête de ce travail nous tenons à témoigner à notre maître notre plus vive reconnaissance.

M. le professeur agrégé Jaboulay nous a confié la tâche de développer des idées qui sont les siennes ; nous exprimons toute notre gratitude au maître, pour l'honneur qu'il nous a fait et en souvenir des longs et agréables moments passés auprès de lui.

C'est à ces deux maîtres que nous voudrions dédier cette thèse, mais n'y reconnaîtront-ils pas, à tout instant, leur œuvre, la trace de leur enseignement clinique, de leur méthode toujours si précise et si sûre ? Nous leur offrons le gage de notre respectueuse sympathie et l'assurance de notre entier dévouement.

Nous remercions aussi M. le professeur Fochier des marques d'intérêt qu'il nous a données pendant le semestre que nous venons de passer dans son service ; en son absence, M. le professeur agrégé A. Pollosson, a été pour nous d'une bienveillance, dont nous demeurons encore confus.

M. le professeur Testut nous a admis dans son laboratoire dès le début de notre internat; il nous a donné de hautes marques de confiance; notre temps de prosectorat nous permettra de profiter encore de ses conseils, de son enseignement et nous sommes heureux de lui témoigner ici toute notre gratitude.

M. le professeur Maurice Pollosson veut bien faire partie du jury de notre thèse, il a été notre maître en médecine opératoire, qu'il veuille bien accepter tous nos remerciements. MM. les professeurs agrégés Rochet et Vallas nous ont donné de savantes leçons de thérapeutique chirurgicale, nous espérons pouvoir encore profiter de leur enseignement.

Nous prions tous nos maîtres dans les hôpitaux d'accepter l'expression de notre reconnaissance : M. Dr Roques, professeur agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu; M. le Dr Chappet, médecin de l'Hôtel-Dieu; M. le Dr Cordier, chirurgien en chef de l'Antiquaille; M. le Dr Vincent, professeur agrégé, chirurgien de la Charité. A tous nous sommes redevables des plus précieuses leçons cliniques.

Merci aussi à M. le professeur agrégé Bérard, M. le professeur agrégé Villard, chirurgien des Hôpitaux, nos premiers maîtres dans la clinique du professeur Poncet, de vouloir bien accepter de juger notre thèse; à M. le professeur agrégé Rollet, chirurgien des Hôpitaux, qui s'est intéressé à notre sujet et nous a fourni des observations; à M. le professeur agrégé Fabré, M. L. Dor, chef des travaux de la clinique de M. le professeur Poncet, qui ont tous deux

dirigé et interprété nos coupes histologiques ; à M. le Dr Gouilloud, qui nous a communiqué une remarquable observation ; à M. le Dr Delore, M. le Dr Thévenot, chef de clinique chirurgicale, qui ont été pour nous des collaborateurs et des amis.

Nous n'aurions garde d'oublier notre collègue et ami, le Dr Weigert, dont nous avons si souvent mis à contribution les connaissances en langue allemande.

A nos camarades d'internat, nous dirons que les quatre années passées en commun nous ont paru trop courtes, mais que nous en garderons toujours le plus agréable souvenir.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Si l'on jette une vue d'ensemble sur l'histoire des manifestations tuberculeuses dans l'organisme, deux idées apparaissent nettement et se précisent de jour en jour. L'une infirme la loi de Louis : elle montre que la tuberculose n'envahit pas le poumon, dans tous les cas, qu'elle reste souvent, bien souvent, une *maladie locale*. L'autre tend à prouver le *polymorphisme* de cette maladie infectieuse.

La *localisation* possible de la tuberculose n'est plus à démontrer aujourd'hui ; l'ensemble des tuberculoses, quel'on dit chirurgicales, tuberculoses osseuses, ostéo-articulaires, génitales, urinaires et autres, le prouvent amplement ; ce n'est pas à dire que la lésion ne puisse se généraliser, mais, pendant longtemps, elle demeure bridée, accessible aux moyens thérapeutiques.

Le *polymorphisme* de la tuberculose est de date plus récente. Longtemps, on attribuait au bacille tuberculeux une seule propriété destructive ; le tubercule, la caractéristique anatomo-pathologi-

que, évoluait vers la caséification, l'ulcération. Avec la conception actuelle de l'infection, du mode de réaction de l'organisme, de l'histogenèse même du tubercule témoin de la défense, l'erreur paraît grossière. Depuis longtemps, pour le poumon, à côté des formes destructives, on a décrit des formes scléreuses, de nature semblable, mais d'évolution et de caractéristique anatomo-pathologique bien différentes. Toussaint, Courmont, Dor, Lévi-Sirugue, suivant une voie tracée par Pasteur, Chauveau, Arloing, Charrin, ont donné des preuves expérimentales, fixant un déterminisme rigoureux; ils sont arrivés à voir que des lésions anatomo-pathologiquement différentes pouvaient reconnaître une même cause : la tuberculose. C'est ainsi que l'on a rangé dans le cadre des synovites tuberculeuses, les synovites plastiques, les synovites à grains riziformes, reconnues auparavant comme étant de nature très différente. C'est dans le même ordre d'idées, que M. le professeur Poncet, décrivant les diverses manifestations du rhumatisme tuberculeux, appliquait ces principes à la tuberculose ostéo-articulaire dont, pendant longtemps, on donnait comme unique caractéristique anatomo-pathologique, la triade suivante : fongosités, caséification, pus.

En ce qui concerne spécialement l'intestin, ces données semblent s'être fait jour plus récemment; elles portent sur deux points bien distincts : la localisation possible de l'affection sur l'intestin; la guérison de lésions avancées ulcéreuses.

a). *Localisation de la tuberculose sur l'intestin.* —

Longtemps tuberculose intestinale était synonyme de granulations, d'ulcérations étendues *sur toute la longueur* de l'intestin ; on connaissait ces lésions d'après les autopsies faites sur des tuberculeux pulmonaires « dont l'intestin n'était jamais sain ». Cependant Leudet, Lasègue, au nom de la clinique, décrivaient, vers la moitié du siècle, une forme de tuberculose bien spéciale, localisée à la région iléo-cœcale, la *typhlite tuberculeuse*, idée neuve qui ne se fit jour que très lentement.

Parallèlement à ces recherches, en étaient effectuées d'autres ayant trait surtout à l'étiologie, tendant à montrer que la tuberculose intestinale pouvait être primitive. Le suc gastrique, pensait-on, tuait les bacilles de Koch; Fischer, Baumgarten ont montré expérimentalement qu'il n'en était rien ; Villemin, Chauveau rendaient des intestins tuberculeux en faisant ingérer des poumons tuberculeux aux animaux en expérience. La question, cependant, n'est pas résolue complètement ; tandis que les uns, avec Spillmann, admettent que les lésions intestinales sont souvent postérieures à une lésion péritonéale, les autres, avec Strauss, pensent que l'ingestion de produits tuberculeux amène de l'entérite, mais non de la péritonite. Enfin Dobroklonsky ne croit-il pas que le bacille de Koch peut traverser une paroi intestinale saine, sans suite fâcheuse pour elle ? Il semble que l'on admette volontiers, aujourd'hui, que la tuberculose intestinale puisse résulter de l'ingestion de nourriture contaminée par les bacilles de Koch ;

les follicules clos en arrêtent un certain nombre (Baumgarten); mais ils sont souvent le siège de l'infection première (Virchow).

Un certain nombre de cas tendent à le prouver; ils sont peu nombreux, mais comme le dit Mayo, il faudrait regarder les salles d'opération et non les salles d'autopsies. Sur 566 tuberculoses intestinales, Eisenhart en déclare une seule primitive. Wyss en mentionne 3 sur 71 cas, et l'auteur ajoute que le *tubercule alimentaire* n'est pas aussi rare qu'on veut le dire. Baumgarten, Senn ne rejettent pas l'idée d'une tuberculose primitive. Grosser, dans sa thèse récente, rapporte 12 cas certains dans lesquels on ne constatait aucune autre lésion tuberculeuse dans l'organisme.

Pour le sujet que nous envisageons la question d'une *tuberculose réellement primitive* de l'intestin est peu importante; trouvaille d'autopsie le plus souvent, elle n'a jamais donné lieu à des troubles sérieux et son existence a été méconnue pendant la vie.

Les *tuberculoses dites localisées à l'intestin* sont fréquentes; ce sont des *lésions atténuées* ou bien des lésions paraissant exister seules. Leur étiologie est complexe; peut-être certaines d'entre elles sont-elles d'origine alimentaire; la plupart semblent provenir d'une infection par voie sanguine, par voie lymphatique; on a beaucoup discuté l'origine péritonéale. Nous ne nous attarderons pas à ces théories; nous verrons un certain nombre de formes ulcéreuses, caséeuses, fibreuses tout à la fois, guérir par l'extirpation ou la mise au repos. Le sujet n'est pas tou-

jours un tuberculeux pulmonaire ou péritonéal, ou, s'il l'est, le poumon, le péritoine semblent envahis secondairement ; ces lésions ne méritent-elles pas le terme de localisées.

La démonstration des *tuberculoses hypertrophiques*, faite par Hartmann et Pillet pour la région iléocœcale, par Sourdille pour le rectum, par Bezançon et Lapointe pour le gros intestin, par Itié, Monnier, Tuffier pour l'intestin grêle, prouve que la tuberculose, là comme ailleurs, peut être atténuée ; l'existence de lésions, à la fois spécifiques et inflammatoires, indique que l'organisme se défend, lutte quelquefois avec succès ; on ne trouve pas, dans ces formes, de lésion pulmonaire grave ; l'infection est moindre et directement accessible aux moyens chirurgicaux.

En somme, on peut conclure que : *l'intestin, vis à vis de l'infection tuberculeuse, ne fait pas exception à la règle qui semble exister pour les autres organes ; l'infection peut s'y localiser d'emblée ou bien y devenir d'emblée prédominante ; semblables aux tuberculoses osseuses, articulaires, les tuberculoses intestinales peuvent revêtir le caractère de lésions localisées.*

b). *Guérison des lésions tuberculeuses.*—Longtemps on l'a contestée ; on considérait l'ulcération comme un stade irréparable de la lésion ; Corbin, Piégu, Leudet avaient cependant décrit des formes fibreuses, terme ultime de l'évolution de l'ulcération ; nous verrons plus loin la formation du rétrécissement cica-

triciel, ses variétés. Son existence, aujourd'hui, ne fait aucun doute. Bernay, dans sa thèse, qui forme le premier travail d'ensemble sur la question, a suivi la marche de l'ulcération et a montré tous les degrés qui finissent par aboutir à la formation du tissu fibreux.

En allant plus loin, on conçoit qu'il puisse exister des formes dans lesquelles la lutte contre l'élément tuberculeux a amené sa disparition complète ou presque complète. Nous faisons allusion aux cas signalés sous le nom de *rétrécissements inflammatoires* et dont les observations, que nous devons à M. Villard sont de beaux exemples. Se trouve-t-on en face de lésions de nature tuberculeuse ou de nature indéterminée ? Nous en parlerons au sujet des formes hypertrophiques. Il existe, là, une lacune qu'il importe de combler au point de vue pathogénique ; mais, à un point de vue purement chirurgical, le fait a moins d'importance et, à titre provisoire, nous les mettons dans la classe des tuberculoses intestinales ; leur thérapeutique est semblable sur la plupart des points.

Les deux propositions qui seront confirmées à tout moment au cours de ce travail sont les suivantes :

1^o Du fait qu'il y a certaines lésions tuberculeuses, ou d'allures tuberculeuses, qui peuvent se localiser sur l'intestin, il est rationnel de les traiter, car elles peuvent, en s'accroissant, devenir une source d'infection pour l'organisme.

2^o De plus, les tuberculoses en évolution ou même

guéries, amènent des troubles de canalisation, qui ont un fâcheux retentissement sur l'organisme entier.

C'est à cette période d'analyse qu'a succédé la *période chirurgicale*, qui était à prévoir avec les hardiesses, souvent bienfaisantes, de la chirurgie abdominale. On s'attaqua d'abord au cœcum dont les lésions étaient bien connues ; Bouilly, Czerny, Maydl, Durante furent les premiers opérateurs : puis au rectum (Quénu, Hartmann)..

Pour l'intestin grêle, dont la connaissance des lésions est de date plus récente, les opérations sont plus rares et encore peu connues. La première a été faite par un chirurgien de Strasbourg, Kœberlé, qui rapporta à l'Académie de Paris, en 1880, une résection de 2 mètres d'intestin grêle. En Allemagne, la question est des plus étudiées ; Kœnig, Hofmeister, Billroth, sont les premiers qui aient signalé les tuberculoses de l'intestin grêle, justiciables du traitement chirurgical. En France, alors que le traitement chirurgical de la tuberculose péritonéale était en pleine vigueur, on mit longtemps à utiliser l'entérectomie, l'entéro-anastomose, opérations dont l'idée première revient pourtant à des chirurgiens français. A l'étranger d'heureuses tentatives ont été faites en Autriche, par Franck, Erdheim ; en Russie, par Krover ; en Suède, par Lennander ; en Ecosse, par Cotterill ; en Amérique, par Senn, Matas ; tous ont contribué à répandre le traitement chirurgical des tuberculoses intestinales.

Dans les services de nos maîtres, M. le professeur Poncet, M. Jaboulay, nous avons observé, sous leur direction, un certain nombre de cas de tuberculoses de l'intestin grêle. MM. les professeurs agrégés Rollet et Villard nous ont fait l'honneur de nous communiquer leurs observations. C'est à faire connaître ces résultats de la thérapeutique chirurgicale que nous nous efforcerons, en y ajoutant les nombreuses observations étrangères que nous avons recueillies. Le sujet est limité aux lésions de l'intestin grêle ; nous en avons séparé les lésions iléo-cœcales, autant que cela se pouvait, en comprenant seulement les formes dans lesquelles l'intestin grêle était principalement ou primitivement envahi.

Nous avons divisé ce travail en deux parties :

La PREMIÈRE a trait à l'*anatomie pathologique* et à la *symptomatologie*. Il semble, dit M. Hartmann, que nous entrions dans une phase nouvelle ; à la faveur de l'asepsie, les premiers opérateurs, sans bien connaître les lésions, eurent des succès dus à leur dextérité et à la promptitude de leurs décisions. Aujourd'hui, on peut davantage et, comme la chirurgie des membres, celle des viscères doit être régie par l'anatomie de la région sur laquelle on opère et aussi par la connaissance des lésions contre lesquelles on intervient. Nous avons cherché à décrire quelques types de lésions un peu théoriques peut-être, mais qui répondent à une symptomatologie parfois nette et surtout à une thérapeutique souvent bien définie.

La SECONDE comprend l'étude de thérapeutique chirurgicale, proprement dite. Après celle des *indications* opératoires générales, nous avons passé en revue les modes opératoires : *laparotomie simple*, *entéroplastie*, *entérectomie*, *entéro-anastomose* ; nous avons discuté l'emploi que l'on pouvait faire de l'*exclusion intestinale*. Enfin, nous avons traité de la conduite à tenir, en face de certaines *complications* (fistules pyo-stercorales, brides, perforations).

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomique, les tuberculoses chirurgicales de l'intestin grêle offrent des aspects très variés ; on peut, pour la commodité de la description, les ramener à quatre types ; division théorique, ayant surtout pour but de mettre en relief les lésions élémentaires qui, en pratique, pourront se combiner de mille manières ; leur variété, leur étendue, leur degré interviendront pour créer ces formes complexes échappant à toute description. Tantôt le processus tuberculeux, d'abord ulcéreux, guérit, se cicatrise et crée la *tuberculose fibreuse localisée*. Tantôt les tuniques intestinales réagissent contre l'infection, et alors se forme la *tuberculose dite hypertrophique*.

Dans ces deux cas, les lésions demeurent localisées à la paroi intestinale; on peut bien souvent, même, rencontrer des ganglions mésentériques, mais la lésion principale porte sur l'intestin. Si le mésentère, les ganglions, l'intestin sont envahis au même degré, on a la *tumeur tuberculeuse* ou *tuberculose entéro-péritonéale*; parfois peu étendue, elle peut être diffusée dans tout l'abdomen et affecter des types variés à l'infini, suivant la prédominance des formations fibreuses ou caséeuses. Enfin, un autre type bien particulier, formant une sorte de synthèse des lésions précédentes est réalisé, par les *rétrécissements multiples*, tuberculoses multiples, de forme et d'étendue souvent différentes.

Nous aurons donc à décrire : 1° La *Tuberculose fibreuse ou cicatricielle*; 2° La *Tuberculose hypertrophique*; 3° La *Tuberculose entéro-péritonéale*; 4° Les *Tuberculoses multiples*.

La caractéristique, presque constante, de toutes ces lésions étant de créer une diminution du calibre intestinal, on dit souvent *sténose cicatricielle* ou *hypertrophique*, *sténoses multiples*.

On pourrait aussi diviser les tuberculoses de l'intestin grêle en *tuberculoses circonscrites* et *tuberculoses diffuses*; nous avons adopté cette division au point de vue chirurgical; mais, pour la description anatomique, l'étude des lésions élémentaires est préférable.

Nous étudierons, après les quatre types précités les *complications communes* à toutes ses lésions; de plus, nous consacrerons un chapitre à l'étude du seg-

ment intestinal sus-jacent à une sténose, question qui trouve son application chirurgicale.

I. — Tuberculose cicatricielle sténosante

Le rétrécissement cicatriciel succède à la cicatrisation d'une ulcération tuberculeuse ; celle-ci, dont Girode a donné une description si précise, est ordinairement perpendiculaire à la direction longitudinale de l'intestin ; elle est plus ou moins complète, ce qui explique que l'on ait tantôt une valvule, tantôt une bride peu marquée, tantôt un véritable diaphragme. Cette disposition circulaire des ulcérations tuberculeuses est la règle ; cependant, Spillmann figure, dans sa thèse, une bride cicatricielle longitudinale n'ayant amené aucun symptôme clinique ; c'est là une rareté.

Siège. — On peut observer ce rétrécissement sur tout le trajet de l'intestin grêle ; lorsque l'on voit, à une autopsie de tuberculeux, les ulcérations s'échelonner sur toute la longueur du tractus intestinal, on comprend que la sténose puisse se constituer en un point quelconque. Il est cependant des lieux d'élection.

Le *duodénum* en est à peu près exempt ; Fenwick et Dodwel, cités par Sorensen, ont trouvé des lésions tuberculeuses duodénales, mais toujours en même temps que d'autres plus bas situées. Hattute rapporte également un cas de sténose de la

première portion du duodénum, au voisinage du pylore. Claude, Kirkoroff citent deux cas de tuberculose duodénale. Perry et Schaw, dans leur travail si documenté, rapportent 25 cas d'ulcérations tuberculeuses sur le duodénum; il s'agit, pour beaucoup, d'ulcérations simples chez les tuberculeux. En tout cas, la cicatrisation est rare; peut-être la présence de sucs digestifs, encore actifs, y joue-t-elle un rôle.

Le *jéjuno-iléon*, au contraire, est le lieu d'élection des ulcérations tuberculeuses. Les sténoses se rencontrent dans une proportion de 28 % dans la première moitié, et de 78 % dans la dernière partie, surtout celle qui avoisine la valvule de Bauhin; celle-ci peut être même uniquement envahie. Virchow avait admis que l'infection tuberculeuse débutait au niveau des plaques de Peyer, d'où sa plus grande fréquence vers l'extrémité de l'iléon.

Le séjour prolongé des aliments à ce niveau joue un rôle capital; les chances de contagion y sont, tout d'abord, plus grandes et, lorsque la lésion a débuté, subissant sans cesse des irritations, elle ne cesse de s'accroître; comme l'avait vu Leudet, les lésions deviennent d'emblée plus profondes, condition favorable à la production d'une sténose, si la cicatrisation s'effectue.

Aspect macroscopique.— Au niveau d'une sténose cicatricielle, la séreuse est parfois dépolie, blanchâtre et constitue un petit anneau peu visible, au moins sur le cadavre; sur le vivant, il est recon-

naissable par la différence de calibre de l'intestin sus-jacent.

A ce sujet, il est une erreur que nous tenons à signaler; on peut la faire sur le vivant et sur le cadavre; il existe souvent, à l'ouverture de l'abdomen, des contractions partielles, circulaires de l'intestin, semblables à celles que l'on voit sur l'intestin d'un chien en expérience, mais pourtant moins nombreuses; une dépression se produit à ce niveau; sur le cadavre, des contractions, survenues au moment de la mort, peuvent persister, soit à cause de la rigidité cadavérique, soit à cause de l'injection. Nous avons pu souvent constater ce fait, soit au cours d'une laparotomie, soit sur la table d'amphitéâtre, il suffit alors de palper la région suspecte pour voir disparaître la prétendue sténose.

Au palper, en effet, lorsqu'il s'agit d'une lésion véritable, on trouve une induration très nette de la région malade; cette induration se prolonge parfois haut, à cause de l'épaisseur du segment sus-jacent; elle n'existe pas, au contraire, au-dessous de la lésion.

A l'ouverture de l'intestin on constate alors le rétrécissement. — Sa *forme* est variable; tantôt annulaire, tantôt valvulaire, tantôt en volute (Braun). — Son *calibre* est sujet aux mêmes variations; en général, dans les cas où l'on intervient, il ne dépasse guère une sonde de femme: du liquide ne passe que goutte à goutte. On peut en rencontrer de plus larges, qui n'ont jamais causé de désordres. — Son *étendue*, est en général, minime; les rétrécissements

tubulaires que l'on a décrits paraissent devoir être rangés dans la forme hypertrophique.

Le plus souvent, voici ce que l'on observe : sur une coupe perpendiculaire on a un triangle dont la base fait corps avec les parois intestinales, le sommet regardant la lumière intestinale. La base est quelquefois large, mesurant deux à trois centimètres, souvent beaucoup moins ; l'épaisseur s'atténue peu à peu, à mesure que l'on s'avance vers la lumière de l'intestin, de sorte qu'au niveau du bord libre du rétrécissement, elle est presque nulle. La surface qui regarde l'estomac présente quelques petites exulcérations traumatiques dues à la stagnation des matières fécales ; elle se continue, par une pente insensible, avec la paroi de l'intestin. La surface qui regarde du côté du cœcum est, en général, lisse ; elle fait un angle droit net avec l'intestin.

Ce rétrécissement est *dilatable*, si l'on procède avec douceur ; on a voulu tirer de ce fait une méthode thérapeutique ; cependant cet agrandissement est limité ; nous avons plusieurs fois provoqué la rupture, sur des pièces cadavériques il est vrai ; sur un sujet nous avons trouvé, au niveau d'un rétrécissement, une déchirure qui partait du bord libre et se perdait sur la paroi de l'intestin ; ce fait explique, peut-être, les soulagements passagers qu'ont observés parfois les malades ; le rétrécissement, cédant sous la pression exercée à son niveau par les matières fécales, est sectionné comme celui de l'urètre avec l'urétrotome de Maisonneuve ; mais au point de vue de la possibi-

lité d'un moyen thérapeutique, on voit tous les dangers de la dilatation digitale qui pourrait s'accompagner d'une rupture de la séreuse.

Lésions de voisinage.— Les *ganglions mésentériques* correspondants sont envahis, mais toujours en petit nombre, lorsqu'il existe des lésions encore en voie d'évolution; mais, dans les formes complètement guéries, on n'en trouve pas.

Structure.— Nous insisterons peu sur la structure de ces rétrécissements, Girode, Laveran, Spillmann, suivant les étapes histologiques de la réparation des ulcères tuberculeux, en ont donné une description parfaite. — C'est, en général, la *tunique celluleuse* qui est surtout envahie par un tissu fibreux abondant; cette lésion seule peut produire la sclérose. — La *musculeuse* est également infiltrée et hypertrophiée; suivant Galliard, le nombre des fibres fixes n'est pas accru. On trouve, au voisinage des vaisseaux, des tubercules en formation ou en évolution. — La *muqueuse* est très amincie; on y trouve des lésions tuberculeuses typiques. Comme on le voit, le rétrécissement cicatriciel ordinaire n'implique pas toujours une tuberculose guérie entièrement.

A côté de cette forme il en existe une autre dans laquelle toute trace de tuberculose a disparu: il ne reste que du tissu cicatriciel; on peut trouver, dans la celluleuse, quelques follicules tuberculeux, mais leur absence n'est pas nécessaire pour faire rejeter la nature spécifique de la lésion; la muqueuse est intacte et le processus semble avoir débuté dans la

celluleuse. Cette forme, dite *fibreuse d'emblée*, se rencontre rarement à l'état isolé ; elle est spéciale aux rétrécissements multiples où nous la retrouverons. Elle ne présente, avec la forme cicatricielle étudiée, qu'un point commun : c'est la présence de tissu scléreux, mais elle n'a pas débuté par une ulcération de la muqueuse. Elle sert de transition entre cette forme et la forme hypertrophique ; dans l'une l'organisme réagit par du tissu scléreux d'emblée ; dans l'autre, l'organisme réagit par du tissu embryonnaire qui conduit ensuite à la sclérose. Aussi l'observation de Darier, que l'on prend souvent comme type de forme fibreuse d'emblée, peut-elle être considérée comme une *forme hypertrophique atténuée*.

Formation du rétrécissement cicatriciel. —

Longtemps on a admis que l'ulcération tuberculeuse ne guérissait pas ; c'était l'idée que Kelsey émettait en 1884, c'était ce que soutenait encore Mathews en 1891 ; alors que Senn venait de faire ses intéressantes expériences sur l'évolution des tuberculoses locales de l'intestin.

A priori, l'intestin ne peut faire exception à la loi générale ; ne voit-on pas couramment les synovites fongueuses se terminer par l'ankylose, c'est-à-dire par la production de tissu fibreux ; les tubercules du poumon arrêtés dans leur développement par la production exagérée de tissu fibreux ? Comme le dit Sourdille, dans son étude sur les sténoses tuberculeuses du rectum, l'ulcération n'a pas toujours une tendance destructive ; son évolution fibreuse ne saurait être mise hors de doute.

Du reste, l'anatomie pathologique le prouve. Cornil et Hanot, dans leurs examens, l'ont montré pour le poumon. Grancher et Hutinel ont bien décrit le processus scléreux qui se formait autour des lésions intestinales tuberculeuses; ils ne l'envisagent pas comme un processus curatif. Laveran (*in* Spillman) suit sur le gros intestin d'un phtisique, toutes les phases de réparation. Colman, en 1893, dans la relation d'une autopsie, signale soixante ulcères intestinaux à des stades divers de cicatrisation; de même Litten, Guéneau de Mussy, Renaut, Virchow.

Est-ce à dire que toute ulcération tuberculeuse guérisse? Non, c'est une faible partie seulement, mais le fait n'en présente pas moins d'intérêt. Eisenhardt, sur 566 cas, signale 10 cicatrisations complètes et 25 incomplètes. Il est certaines conditions qui favorisent la formation de la sténose.

a). Il faut, d'après Sorensen, que le processus tuberculeux se fasse lentement; qu'il ne soit pas grave comme dans la majorité des cas; dans les cas de tuberculose aiguë, la cicatrisation n'a pas lieu (Senn).

b). Il faut, comme le montre Cruvelhier, que la tunique fibreuse ait été envahie; c'est cette condition qui, jointe à la direction de l'ulcération, favorisera le plus la sténose.

c). Il existe aussi un certain nombre de causes générales, bien mises en relief par Bernay: résistance spéciale du terrain, tendance du sujet à la sclérose généralisée (syphilis, sénilité, alcoolisme, etc.), infection atténuée.

d). Enfin, fait sur lequel Sorensen insiste, il n'est pas nécessaire que la maladie s'arrête, car on voit, au milieu du tissu cicatriciel, des tubercules en voie d'évolution ; il faut que le fond de la tumeur ait eu le temps de se nettoyer, de se couvrir de granulations saines qui peuvent lutter efficacement contre l'invasion tuberculeuse.

II. — Tuberculose sténosante hypertrophique

Sous le nom de *tuberculose hypertrophique*, on désigne une variété de tuberculose, caractérisée par la présence simultanée de lésions bacillaires encore en évolution et de tissus inflammatoires ; il en résulte que le paroi intestinale est épaissie, et que, par suite, la lumière peut être oblitérée plus ou moins. Comparée à la sténose cicatricielle, elle en diffère beaucoup ; l'une est une tuberculose en voie de guérison, sinon guérie, l'autre est une tuberculose en voie d'évolution. Toutes deux sont des lésions localisées : dans la première variété, parce que les éléments spécifiques sont peu nombreux ou absents, dans la seconde, parce que le tissu réactionnel bride la lésion et l'empêche de progresser.

Son histoire remonte à l'année 1891, date d'une communication célèbre de Pillet et Hartmann, qui décrivirent « une forme spéciale de tuberculose cœcale, ressemblant à un néoplasme. » Après eux, Sourdille établit la même distinction pour les sténoses rectales ; Besançon, Lapointe le firent pour le gros

intestin. En ce qui concerne l'intestin grêle, son étude est plus récente : en Allemagne, Kœnig, Kocher, Wite ; en France, Monnier, Itié, Motel en ont heureusement tracé les principaux traits ; on l'a reconnue longtemps comme étant secondaire à une lésion cœcale (Bouilly, Terrier, Broca), c'est l'idée que l'on trouve dans la thèse de Benoît ; en réalité, elle peut se rencontrer à l'état isolé sur l'intestin grêle.

Siège. — C'est surtout dans la portion terminale de l'iléon qu'on rencontre cette variété de rétrécissement ; mais elle peut se trouver, relativement plus souvent que la sténose cicatricielle, au niveau du jejunum. Ce qui s'explique très bien, si l'on admet qu'il s'agit là d'une infection se faisant non par la muqueuse mais par voie sanguine ou lymphatique (Margarucci).

Aspect macroscopique. — *A la surface de l'intestin*, les lésions tuberculeuses se reconnaissent assez facilement ; au lieu d'avoir un anneau rétractile, à peine visible, signalé par un dépoli de la séreuse, on a une saillie circulaire, localisée, de la largeur d'un doigt ; on dirait que l'intestin présente à son intérieur un bouton de Murphy trop volumineux. A sa surface, la séreuse est méconnaissable ; il existe, tout autour, des fausses membranes, reste d'une péritonite localisée, créant parfois des *adhérences* à la paroi ou aux viscères voisins (vessie Pantaloni). ou épiploon (Erdheim). Nous avons vu, tout récemment, un cas de tuberculose cœcale (forme hypertrophique

dans laquelle l'épiploon enserrait la dernière partie de l'intestin grêle, au point de déterminer une sténose véritable; ces cas paraissent rares. Parfois, au milieu de ces fausses membranes, sont emprisonnées des masses scléro-adipeuses, ressemblant à celles que Hartmann signale autour des rétrécissements du rectum, et que Besançon et Lapointe ont mentionnées autour du gros intestin. Cette sorte de *néoplasie graisseuse inflammatoire* est très étendue, s'il s'agit d'une lésion iléo-cœcale, elle l'est moins dans le cas de lésions de l'intestin grêle; quelquefois même, elle manque complètement, et on a alors une tumeur du volume d'une noix mobile dans l'abdomen (Monnier, Krogius). *A la palpation*, on sent une induration plus étendue que dans les cas de rétrécissement cicatriciel; mais elle moins résistante.

A l'ouverture de l'intestin, on voit une saillie, de même forme que sur la face externe; son aspect est des plus nets. Sa surface est irrégulière; il existe des *bosselures*, que Pillet et Thiéry ont signalées pour le cœcum et que nous avons toujours retrouvées sur nos pièces; on dirait de petits polypes plus ou moins sessiles, quelquefois prêts à se détacher: on peut les rapprocher des lésions de la rectite chronique proliférante (Delbet, Mouchet). Au milieu de ces saillies, on reconnaît facilement, à la loupe, des ulcérations d'étendue et d'origine variables; tantôt ce sont des lésions mécaniques, des lésions surajoutées (infection secondaire); tantôt ce sont des tubercules ouverts et reconnaissables par leur fond jaunâtre, leur bord déchiqueté et les granulations qui les avoisinent.

La coupe de l'intestin montre que la paroi est très épaisse ; elle atteint parfois trois ou quatre centimètres ; cette épaisseur se continue insensiblement au delà du rétrécissement et se termine brusquement en deçà ; de sorte que, vu du côté de l'estomac, l'intestin ressemble à un cône rigide. Sur la coupe, on arrive parfois à reconnaître les tuniques intestinales ; la tunique celluleuse est souvent très épaissie, lardacée ainsi que la tunique sous-séreuse : sur la pièce fraîche, on peut voir de petites dépressions, tapissées d'un enduit jaunâtre ou bien des points ramollis ; ces différentes lésions dépendent de l'ancienneté de l'affection.

L'étendue de ces rétrécissements est parfois considérable ; au lieu d'un diaphragme ou d'un croissant mince, on a un canal irrégulier, tortueux, long de plusieurs centimètres (Hofmeister, Tuffier), large en certains points, rétréci en d'autres.

Nous avons essayé de les dilater ; en général l'extensibilité est moins prononcée que pour les sténoses cicatricielles ; si on parvient à aggrandir la lumière, c'est en dilacérant la surface interne, le plus souvent friable.

Le calibre de ces rétrécissements hypertrophiques est en général assez grand, plus grand que ce ui des sténoses cicatricielles ; si on s'en rapporte aux observations, et nous avons pu le constater plusieurs fois, on est étonné, devant la perméabilité encore considérable de ces rétrécissements d'avoir observé des signes d'occlusion ; aussi, pour les expliquer, on doit invoquer une autre cause : peut-être de petites

masses polypeuses, en s'engageant dans le rétrécissement, peuvent-elles amener une occlusion complète; peut-être la persistance de la tunique musculaire irritée crée-t-elle un spasme amenant la fermeture totale de l'intestin; nous avons pu voir des signes de sténose céder après une simple laparatomie; le fait, du reste, sera signalé.

La *pathogénie de l'occlusion* serait donc un peu différente, suivant qu'il s'agit d'une forme hypertrophique ou d'une forme cicatricielle. Dans les deux cas, il y a un obstacle mécanique; mais, dans le premier, alors que la tumeur ne suffirait pas, à elle seule, à déterminer une obturation complète de l'intestin, un *élément spasmodique* peut venir se surajouter. Claude a signalé un cas de tuberculose hypertrophique du gros intestin sans signe de sténose; peut-être ce fait est-il plus fréquent sur le gros intestin, dont les contractions sont moins actives que sur l'intestin grêle.

Lésions de voisinage. — Elles sont plus fréquentes que dans la forme cicatricielle. Sans parler des fausses membranes que nous avons signalées, il existe un semis de granulations remontant parfois très haut sur la tunique séreuse; on trouve des *traînées lymphangitiques* sur le péritoine et dans le mésentère (Girode). Les *ganglions* sont envahis souvent (Kœnig, Senn, Schuppel, Rindfleisch); ils sont en général peu nombreux et peu volumineux; Senn dit que la formation d'abcès est très rare, l'infection y paraît toujours atténuée.

Structure microscopique. — L'examen micros-

copique que nous rapportons plus loin (Obs 48), peut être pris comme type de description. Les tuniques de l'intestin sont toutes augmentées de volume. — La *muqueuse* est infiltrée, on y trouve souvent des follicules tuberculeux; les glandes sont hypertrophiées; l'épithélium peut manquer par place. — Dans la *sous-muqueuse*, on constate une infiltration si considérable que l'on dirait un follicule clos géant; çà et là, des granulations, des points infiltrés, des cellules géantes rares ou des points caséifiés, en nombre variable, suivant le degré ou l'ancienneté de la lésion. Cette couche est excessivement épaisse; c'est là la cause de l'augmentation de volume de la paroi. — La *musculaire* est épaisse, les fibres musculaires sont plus grosses; il est difficile de dire s'il y a augmentation de leur nombre; ce qui est constant et ce qui paraît constituer la vraie cause de l'hypertrophie, c'est l'*infiltration* énorme qui dissocie tous les éléments; quelques fibres musculaires sont en voie de dégénérescence. — La *sous-séreuse* présente des lésions analogues à celles de la sous-muqueuse, mais l'épaisseur de la couche est moins considérable. — La *séreuse* est épaissie, l'endothélium est détruit. On peut parfois, sur les coupes, mettre le bacille de Koch en évidence.

Tchistowitch a divisé ces lésions suivant qu'elles siègent en dedans ou bien en dehors du muscle, ou bien des deux côtés à la fois; pour Margarucci, qui rapporte cette opinion, le muscle constitue un filtre qui s'oppose à la diffusion des lésions et la différence du siège tient au mode de pénétration des germes,

qui se fait soit par l'épithélium, soit par la voie sanguine; c'est le même mécanisme que l'on invoque pour certaines *salpingites dites hypertrophiques* et qui présentent de nombreux points de ressemblance avec les lésions de l'intestin grêle.

Quoi qu'il en soit, ce sont des *tuberculoses en évolution*, mais des *tuberculoses atténuées*. Nul doute qu'elles ne puissent guérir; les éléments tuberculeux peuvent disparaître devant l'invasion croissante; ou bien la sclérose peut se réaliser et amener une atrophie. Ceci nous amène à parler des rapports de la tuberculose hypertrophique avec les lésions inflammatoires simples.

Rapports de la tuberculose hypertrophique et des lésions inflammatoires simples. — La tuberculose hypertrophique peut se présenter sous des aspects variés, suivant que le tissu de réaction est plus ou moins abondant, et l'on conçoit bien qu'il existe un stade, dans lequel les éléments tuberculeux ont complètement disparu devant l'envahissement par un tissu purement inflammatoire; on trouve de nombreuses transitions. C'est ainsi que M. Bard (Obs. III de la th. de Bernay) ne constatait qu'une infiltration nodulaire avec des ébauches de cellules géantes, sans cellules géantes vraies ou points caséifiés. De même dans l'observation 48, on ne trouve qu'une infiltration nodulaire avec quelques cellules éparses, ressemblant à des cellules géantes. De semblables observations peuvent-elles rentrer dans le cadre des lésions de nature tuberculeuse?

La question des *rétrécissements inflammatoires* est à l'ordre du jour ; *a priori*, on ne peut nier leur existence. MM. Gérard-Marchand et Demoulin, dans une récente étude, ont signalé un cas de rétrécissement inflammatoire de la valvule iléo-cœcale et ils en retrouvent trois autres dans la littérature médicale (Maydl, Caird, Matlakowsky) ; Machard les rapporte également. Dans son observation, Krover admet que les sténoses succédaient à une *inflammation catarrhale* de la muqueuse ; inflammation due à un amas de matières fécales, provoquant de petites ulcérations, qui se réunissaient, puis se cicatrisaient. Bier croit aussi à une inflammation simple. Enfin, les observations que nous ont fournies MM. Villard et Goullioud ont trait au même genre de lésions ; le foyer principal n'a pas été examiné ; les ganglions avoisinants n'ont présenté que des lésions d'inflammation banale ; cliniquement, ces lésions sont prises pour du néoplasme ; l'âge, et surtout l'évolution, corrigent l'erreur ; n'a-t-on pas, au début, confondu tuberculose cœcale et néoplasme ? De semblables faits montrent que la tuberculose peut se localiser sur toute l'étendue du tube digestif ; peut-être faudra-t-il distraire du cadre actuel des sténoses pyloriques ou duodénales, dites néoplasiques, des lésions à évolution différente ; devant leur marche, le clinicien actuel hésite à se prononcer, mais penche cependant pour la tuberculose.

A noter cependant que tous les auteurs font des réserves au sujet d'une *tuberculose possible* ; « l'état scléreux, dit Gérard-Marchand, marque le stade

définitif d'une lésion irritative, sans que l'on puisse préciser la cause réelle qui préside à la localisation de l'inflammation sur cette partie de l'intestin » ; ce sont ces mêmes lésions scléreuses, que Forssmann et Senn ont rencontrées dans leurs observations de rétrécissements multiples dits syphilitiques.

Sans rejeter complètement l'existence de lésions simplement inflammatoires, on peut dire que la tuberculose hypertrophique y conduit par des transitions insensibles ; peut-être plusieurs des cas, cités plus loin, devraient-ils être classés dans la catégorie des rétrécissements inflammatoires. Nos connaissances actuelles sont encore trop limitées à ce sujet pour pouvoir donner une appréciation fixe. Quoiqu'il en soit, il s'agit de lésions localisées, justiciables du même traitement chirurgical et on peut, sans grande erreur, faire rentrer ces cas *provisoirement* dans le cadre des lésions tuberculeuses hypertrophiques.

III. — Tuberculoses entéro-péritonéales

Définition. — Dans les deux formes précédentes, la lésion reste localisée surtout à l'intestin ; il existe parfois quelques ganglions mésentériques et des adhérences intestinales aux parties saines, mais ces lésions sont relativement peu importantes. Dans la forme entéro-péritonéale, l'intestin est compris au milieu des formations tuberculeuses qui constituent une néoplasie véritable.

Rapports de l'entérite tuberculeuse et de la tuberculose péritonéale. — Nous ne discuterons la question de savoir si les lésions tuberculeuses péritonéales sont primitives ou secondaires. Baumgarten disait que l'intestin devait être malade avant le péritoine, et Kœnig trouvait 80 fois sur 100 des lésions intestinales au cours de la tuberculose du péritoine. Spillmann, de son côté, soutenait que la tuberculose intestinale ne pouvait donner lieu qu'à des lésions péritonéales toujours localisées. Dobroklonsky a montré que des bacilles pouvaient traverser une paroi intestinale même saine, pourvu seulement que le contact fût prolongé. Strauss, au contraire, admet que l'ingestion de produits tuberculeux amène seulement de l'entérite mais non de la péritonite. La question, on le voit, est loin d'être résolue.

Quoiqu'il en soit, que l'intestin soit envahi primitivement ou secondairement, le mésentère, qui forme le trait d'union, est intéressé fréquemment ; il existe toute une série de tuberculoses entéro-péritonéales, péritonéo-intestinales ; suivant la prédominance de l'une ou de l'autre lésion, le malade est considéré comme un péritonéal ou comme un intestinal ; il devient chirurgical, lorsque l'on constate l'un de ces deux signes, ou lésion ou tumeur.

Les formes anatomiques peuvent se ramener à deux types ; cette division a pour base seulement la tendance évolutive des lésions : c'est la *forme fibreuse* et la *forme caséeuse*.

a). *Forme fibreuse.* — Dans ce cas il existe autour de l'intestin une agglomération de tissu fibreux,

sans tendance à la suppuration. Divers éléments le constituent ; on y trouve du mésentère infiltré, épaissi, des fausses membranes, reste de péritonite plastique, des ganglions, non ramollis. Quelquefois l'intestin est sain, sans ulcération : il est seulement comprimé. C'est au voisinage de la portion terminale de l'iléon qu'on rencontre le plus souvent ces amas ; les ganglions de l'angle iléo-cœcal, les ganglions iliaques participent à leur formation. Le reste du péritoine est sain, en général, mais, en d'autres points, on peut rencontrer des brides fibreuses. Cette forme nous apparaît donc comme une modalité de la forme fibreuse de la tuberculose péritonéale, mais dans laquelle ont apparu des symptômes de compression intestinale, liés à une localisation particulière des lésions.

b). *Forme ulcéro-caséreuse*. — Celle-ci est plus fréquente et répond mieux au type que nous voulons envisager ; ce qui la caractérise, c'est son évolution presque fatale vers la suppuration (Voir Complications) et la présence de lésions sur la face externe de l'intestin.

Le péritoine, l'intestin, le mésentère et ses ganglions sont pris. Sur le péritoine on trouve des granulations, des traînées lymphangitiques, des fausses membranes, des ulcérations. Le mésentère est infiltré de matières tuberculeuses à divers stades ; il est épaissi, panneux ; les ganglions sont volumineux, parfois fluctuants. L'intestin présente des granulations, des ulcérations ; souvent quelques-unes sont guéries ; on a alors une sténose cicatricielle ; en

d'autres points, on trouve une tuberculose hypertrophique qui rétrécit le calibre intestinal. Le tout forme une masse irrégulière, bosselée, de consistance variable suivant les points considérés ; son volume peut atteindre celui d'une tête d'adulte ; au milieu, l'intestin apparaît par place, immobilisé ; ailleurs, il disparaît complètement ; dans l'observation 88, 1^m50 d'intestin était ainsi intéressé.

On a souvent désigné cette forme anatomique sous le nom de *carreau de l'adulte* ; elle se différencie pourtant nettement du carreau de l'enfant ; chez l'enfant, la tuberculose demeure ganglionnaire, ne comprime pas l'intestin et ne suppure presque jamais ; chez l'adulte, l'infection atteint le péritoine, l'intestin, le mésentère et, secondairement, les ganglions ; elle comprime l'intestin et suppure presque toujours.

Variétés suivant le siège. — Il est impossible de décrire toutes les localisations de la tuberculose entéro-péritonéale. Tantôt deux portions d'anses grêles, très éloignées, peuvent être réunies, la portion intermédiaire demeurant saine ; tantôt l'intestin grêle est englobé avec le gros intestin.

Les deux localisations les plus fréquentes sont :

1^o *A droite de l'ombilic*, dans la fosse iliaque ; cette forme répond à l'envahissement du dernier segment d'intestin grêle et des ganglions de l'angle iléo-cœcal ; souvent le cœcum est envahi ; toutes ces formes, très complexes, ont une symptomatologie presque semblable ; cependant, au point de vue ana-

tomique et au point de vue chirurgical, nous séparons complètement les *tuberculosés cœcales*; nous envisageons les cas, moins fréquents, dans lesquels la lésion est surtout marquée à la terminaison de l'iléon.

2^o Dans le petit bassin (*forme pelvienne*); la portion terminale de l'iléon est également envahie et, avec elle, les ganglions iliaques; cette masse peut plonger dans l'excavation, faire saillie dans le cul-de-sac de Douglas (Obrastow, Laroyenne) et simuler une collection salpingienne.

Évolution. — La forme fibreuse ne rétrocede pas; une poussée aiguë peut amener la transformation caséeuse, si les lésions ne sont pas éteintes complètement. Quant à la forme caséeuse, nous étudierons plus loin sa marche, au chapitre des complications.

IV. — Rétrécissements multiples

Les rétrécissements multiples tuberculeux de l'intestin grêle sont considérés comme rares. Ils ont été, tout d'abord, signalés par les anatomo-pathologistes; c'est Corbin, le premier, en 1830, qui, en faisant l'autopsie d'un tuberculeux mort rapidement après avoir présenté des signes d'occlusion intestinale, rencontra trois sténoses de l'intestin grêle, situées à peu de distance du cœcum; la sténose admettait à peine le petit doigt; sa surface était irrégulière; au-dessus d'elle, l'intestin était telle-

ment dilaté et hypertrophié qu'il atteignait le volume et l'épaisseur de l'estomac ; les deux autres rétrécissements étaient moins serrés ; entre eux, l'intestin était simplement dilaté. En 1844 Piégu, en 1859 Lancereaux rapportèrent des cas semblables.

Jusqu'en 1880, les observations sont rares, mais, à partir de cette époque, ce que l'on avait considéré comme une simple curiosité anatomique prit plus d'importance. Dès l'année 1881, date d'une opération célèbre par sa hardiesse, sa nouveauté et son résultat, exécutée par Kœberlé, on multiplie les faits ; en cherchant ces lésions d'une façon systématique, on s'aperçut qu'elles étaient moins rares qu'on ne l'avait supposé et, ici, il faudrait citer tous les noms des observateurs qui ont étudié ou signalé la question : Israël, Girode, Darier, Borchgrevink, etc.

Les opérateurs surtout contribuèrent à l'avancement du problème ; devenus plus interventionnistes, ils se trouvèrent souvent en face de ces lésions qui n'avaient pas été diagnostiquées sur le vivant et contre lesquelles ils dirigèrent une thérapeutique souvent efficace ; Von Hacker, Frank, Trendelenburg, Kœnig, Hofmeister, etc. Les recherches concomitantes sur la forme hypertrophique de la tuberculose de l'intestin grêle, sur les sténoses du gros intestin firent faire un grand pas à la question.

En Allemagne, Hofmeister ; en Autriche, Erdheim, Reach ; en Russie, Krover ont fait une étude d'ensemble sur le sujet. En France nous avons trouvé peu de documents ; aussi, ayant eu l'occasion d'observer deux cas dans le service de notre maître,

M. Jaboulay, nous nous attacherons à mettre en relief quelques points encore peu connus.

Conditions étiologiques. — Les causes déterminantes n'ont ici rien qui les différencie de celles des autres tuberculoses intestinales; disons, seulement, que, semblables aux précédentes, ces lésions peuvent devenir justiciables d'une thérapeutique chirurgicale.

a) *Fréquence.* — Il est difficile, aujourd'hui, de donner une idée de la fréquence des rétrécissements multiples. Hofmeister, en 1896, en rassemblait 20 cas; mais, ajoutait-il, beaucoup de cas demeurent inconnus. Reach, en 1901, arrive au chiffre de 34; sur 81 cas de rétrécissements multiples de l'intestin grêle, l'auteur donne les chiffres suivants :

Tuberculose 34.....	soit 42 0/0
Carcinome 14.....	soit 17.2 0/0
Syphilis 12.....	soit 16 0/0
Tumeur bénigne 2.....	
Brides 2.....	
Dysenterie 1.....	
Nature indéterminée 15...	

Parmi les 15 derniers cas, Reach en range 14 dans les cas de tuberculose, soit 48, soit 59 0/0.

Nous avons ajouté 14 observations, ce qui porte à 62 le nombre de cas de rétrécissements tuberculeux multiples; ils sont cités plus loin, soit comme examen anatomo-pathologique, soit comme intervention chirurgicale.

b) *Age*. — Si l'on s'en tient aux chiffres fournis par les opérateurs, on voit que c'est surtout de 20 à 30 ans que l'affection se rencontre au maximum. Rotter a opéré un enfant de 8 ans. Doppe signale un cas chez un enfant de 12 ans.

c) *Sexe*. — D'après Reach, les femmes seraient plus sujettes que les hommes ; d'après notre statistique, on trouve un nombre presque égal.

Siège. — Dans cette forme, comme dans les précédentes, c'est la *terminaison de l'iléon* qui est le lieu de prédilection ; souvent le cœcum ou la valvule iléo-cœcale sont envahis ; mais ils sont parfois complètement indemnes ; l'observation 88 en est un bel exemple. Eisenhardt, Erdheim, ont signalé une sténose de la fin de l'iléon, fait très rare.

On a signalé des sténoses multiples *au milieu de l'iléon* (Girode, Homen), ou bien, à la *partie supérieure* (Borchgrevink, Jaboulay) ; il semble que ce dernier siège soit presque exclusivement réservé aux sténoses fibreuses d'emblée ou hypertrophiques. Margarucci a signalé une sténose du duodénum coexistant avec une autre, placée à la fin de l'iléon.

Enfin, les rétrécissements peuvent être échelonnés *sur toute la longueur du jéjuno-iléon* (Observations 31 et 32). Dans l'observation de Darier, le premier rétrécissement siégeait à 2 cent. au-dessous du duodénum, le dernier, à 12 cent. au-dessus de la valvule iléo-cœcale.

Nombre. — La variabilité est très grande. Beaucoup d'observations en mentionnent 2 (Kœnig,

Korte, Esmarch, Vohtz, Tuffier, etc.); 3 (Matas), 4 (Troje); 5 (Trendelenburg), 10 (Sorensen); 12 (Koenig, Frœnkel, Hofmeister); 15 (Strehl, Jaboulay); 30 (Delmas). Le nombre le plus fréquent varie de 2 à 7. Enfin, dans quelques cas, le nombre n'est pas signalé; ce sont ceux dans lesquels les rétrécissements sont échelonnés sur tout l'intestin grêle.

Distance de l'un à l'autre.— Cette constatation a une énorme importance au point de vue opératoire. Souvent, les rétrécissements sont serrés les uns contre les autres, compris dans une néoplasie tuberculeuse, entéro-mésentérique. Tuffier, Erdheim en ont rencontré 2 sur 40 cent. Plus souvent, ils sont séparés par un intervalle dont la moyenne peut être évaluée de 0 m. 50 à 1 m. 50. La distance n'est nullement en rapport avec le nombre des rétrécissements. Trendelenburg en trouve 5 en 42 cent.; Kœberlé, 4 sur 2 m. 05, tandis que sur une distance analogue, Hofmeister en trouvait 10. Krover rencontre 1 rétrécissement au niveau du cœcum et 7 autres sur l'intestin grêle très rapprochés l'un de l'autre, à 3 mètres et demi du cœcum. La variabilité est donc très grande et on ne saurait donner de règles fixes.

Caractère de ces rétrécissements.— Chacune des lésions fondamentales peut se rencontrer dans cette forme, différenciée seulement par la répétition de leurs manifestations. Tantôt la forme cicatricielle, tantôt la forme hypertrophique ou la forme entéro-

péritonéale peuvent exister seules ; tantôt, au contraire, elles se trouvent réunies ; nous avons alors une sorte de synthèse des types précédemment décrits. Voici quelques dispositions que l'on peut considérer comme fréquentes.

a) Si les rétrécissements sont compris dans une néoplasie tuberculeuse, ils ont quelquefois une longueur de 4 à 5 cent. formant, comme le dit Hofmeister, un canal à parois rigides, construit dans une tumeur ; leurs parois sont alors très dures et, à l'extérieur, sur l'intestin, ils se traduisent par un manchon blanchâtre, résistant au toucher.

b) Tout autre est leur aspect lorsqu'ils sont libres ; ils se présentent alors sous deux formes, bien différentes, qui peuvent coexister, du reste, sur le même sujet. Tantôt ce sont des rétrécissements, répondant, de tous points, à la description des sténoses cicatricielles ; ils occupent, alors, presque toujours la fin de l'iléon. Tantôt ce sont des sténoses hypertrophiques, avec leurs caractères bien tranchés, alternant parfois avec des brides cicatricielles.

Leur longueur, leur calibre, leur structure n'ont rien de spécial ; disons seulement que c'est ordinairement le rétrécissement supérieur qui est le plus serré ; faut-il invoquer l'ancienneté des lésions ou bien le spasme dû au séjour prolongé des aliments ? les deux causes semblent intervenir.

c) Il est enfin une forme de rétrécissements multiples, dont nous n'avons pas trouvé la lésion à l'état isolé ; il s'agit de la *forme fibreuse d'emblée*, encore bien discutée aujourd'hui, au point de vue de l'histo-

génèse. — *Macroscopiquement*, ses caractères sont bien tranchés ; il n'y a pas de traces d'ulcérations spécifiques sur la surface interne de l'intestin, sur l'intestin de la malade de l'observation 32, la muqueuse semblait soulevée par un lien placé dans l'épaisseur des tuniques intestinales et faisant à l'extérieur une saillie peu marquée ; les sténoses étaient dilatables. — *Histologiquement*, il s'agit d'une sclérose sous-muqueuse primitive, qui se rapprocherait du lupus (Sachs). Darier, dont quelques auteurs seulement, rangent l'observation dans cette classe, dit que les tubercules siègent dans les vaisseaux lymphatiques mêmes et non au niveau des follicules lymphatiques.

Quoiqu'il en soit, l'observation 31 en est un exemple clinique bien net ; il n'y avait pas eu d'hémorragies, pas d'ulcérations antérieures. D'après les cas qui nous paraissent rentrer dans cette catégorie, c'est la partie supérieure du jéjunum ou de l'iléon qui serait le plus souvent atteinte.

Pathogénie de la multiplicité des sténoses. — La raison de la multiplicité des rétrécissements est difficile à donner ; il faut tenir compte de la diversité des formes.

Dans les *sténoses fibreuses d'emblée* et certaines *sténoses hypertrophiques*, il faut invoquer une infection se faisant en plusieurs points de l'intestin simultanément.

S'il s'agit de *sténoses cicatricielles* suite d'ulcérations de la muqueuse, on a affaire à des infections

successives. Dans quel sens se font-elles? Lapointe, à propos des rétrécissements multiples du rectum, rapporte une idée exprimée par Berger, c'est la suivante : les rétrécissements se feraient dans un sens ascendant; un premier rétrécissement étant constitué, il se forme au-dessus de lui une ulcération qui, se cicatrisant, amène un second rétrécissement, lequel agira comme le précédent. Krover, à propos d'un cas dans lequel il trouve un rétrécissement au niveau du cœcum et sept autres sur l'intestin grêle, à 3 m. 1/2 du précédent, émet une idée presque semblable : « Bien que, dit-il, le processus soit déterminé nettement partout, il faut supposer pourtant que tous ces rétrécissements ne se sont pas produits en même temps, mais que chacun a été la conséquence d'un rétrécissement antérieur. Le premier s'est formé au niveau du cœcum; l'examen montre que cette lésion est la plus ancienne. Cette sténose a rendu le passage des matières difficile et provoqué une stase stercorale, grâce à laquelle se sont produits successivement les sept autres rétrécissements ». L'auteur cependant déclare qu'il est impossible d'expliquer comment 3 m. 50 de jéjunum soient demeurés intacts.

Cette opinion ne semble pas soutenable dans tous les cas, deux faits sont contre elle. Tout d'abord, les ulcérations que l'on trouve au-dessus d'une sténose sont le plus souvent des érosions, plutôt que de véritables pertes de substance : elles sont d'origine mécanique, et affectent une forme irrégulière. En second lieu, les lésions situées en amont, du côté de l'estomac, sont toujours les plus avancées; en descendant le long

de l'intestin, suivant le cours des matières fécales, on trouve des ulcérations, plus ou moins cicatrisées, de l'infiltration, des granulations. Dans le cas de Krover, la lésion a bien pu débiter par le jéjunum, une localisation secondaire se serait produite au niveau du cœcum, ce qui n'a rien de surprenant étant donné la présence d'un point rétréci au niveau de la valvule de Bauhin. Les caractères que l'auteur donne pour admettre une lésion primitive au niveau du cœcum n'ont rien de décisif ; ce sont ceux d'une tuberculose hypertrophique très nette. On sait qu'au niveau du cœcum la réaction est très vive ; les parois sont très vite indurées, au point de simuler un néoplasme.

Lorsqu'on lit les observations de tuberculose cœcale ou de tuberculose appendiculaire, on trouve presque toujours le dernier segment de l'iléon, envahi sur une faible distance : c'est la *forme iléo-cœcale* ; l'infection peut se faire primitivement par le cœcum même, au niveau de la valvule iléo-cœcale, ou par l'appendice, comme semblent le prouver les cas de Morestin (cité par Richelot. *Soc. de Chir.*, 1892), ceux d'Aynès (Th. Bordeaux, 1895-1896) et l'observation que nous avons recueillie chez M. Jaboulay (*Lyon Médical*, 30 décembre 1900). Il est des cas où l'intestin doit être incriminé le premier ; la pièce que nous avons recueillie dans les salles de dissection en est une preuve ; voici sa description.

OBSERVATION I (personnelle). Janvier 1901. — Homme de 35 ans ; poumons tuberculeux (cavernes au sommet, infiltration) ; ganglions généralisés ; nous n'avons pu retrouver son identité pour avoir des renseignements cliniques.

En examinant l'intestin, on constate à 5 cent. de la valvule de Bauhin, un rétrécissement très serré, admettant à peine le petit doigt; c'est une forme hypertrophique; il existe de profondes ulcérations au niveau même de la lésion. Les parois du cœcum sont infiltrées, il y a des granulations très nettes à la surface; en aucun point d'ulcération ou de lésions avancées; la valvule de Bauhin a sa muqueuse congestionnée; aucune trace de lésions anciennes.

Dans ce cas, le point de départ est nettement l'iléon; la lésion n'a fait que se propager au cœcum. Il s'agit peut-être d'une constatation banale; on peut cependant en tirer une conséquence; c'est que dans les cas de tuberculose cœcale, il faudra rechercher s'il n'y a pas plus haut, sur l'intestin grêle, une ancienne lésion, seule origine quelquefois des troubles fonctionnels constatés et, dans les cas de tuberculose de l'intestin grêle, il faudra s'assurer de l'état du cœcum. La tuberculose cœcale peut être primitive, c'est même le cas le plus fréquent; elle ne peut amener des lésions secondaires en amont que sur une faible distance. La tuberculose de l'intestin grêle se dissémine, au contraire, sur une grande étendue; les inoculations secondaires ne sont pas fatales, car la lésion tuberculeuse unique existe, mais il faut y songer; les lésions antérieures de l'intestin joueront alors un grand rôle au point de vue de l'extension de l'infection.

Nous admettrons donc que les rétrécissements multiples se constituent en suivant une *marche descendante*; et de cette idée, basée sur des constatations anatomiques, on peut tirer ces deux conclusions importantes pour le chirurgien :

1^o C'est, en général, la sténose la plus élevée qui amène les troubles les plus marqués ;

2^o Se diriger toujours dans le sens des matières fécales, pour s'assurer s'il n'existe aucune autre lésion.

V. — Complications

Les complications, communes à ces lésions, sont locales ou générales.

A. — COMPLICATIONS LOCALES.

Parmi les complications locales, quelques-unes ont déjà été signalées.

1^o *Adhérences.* — Les adhérences, qui se trouvent surtout dans la forme hypertrophique, réunissent soit l'intestin à la paroi ou aux viscères voisins (vessie, uretère (Sachs), estomac (Kœnig), épiploon (Mata), soit deux anses intestinales entre elles. Lévi Sirugue, dans son étude détaillée, a vu que ses adhérences étaient formées par un mélange de tissu caséeux et de tissu fibreux ; ce dernier, tendant à envahir le premier pour le faire disparaître. Ces adhérences ajoutent encore aux phénomènes de sténose, ou bien déterminent des symptômes, en rapport avec les viscères intéressés.

2^o *Perforations.* — La perforation de la paroi intestinale est fréquente ; Lebert rencontrait 9 cas sur 100 d'entérite tuberculeuse ; Leudet les croit

plus nombreux; Eisenhardt donne la proportion de 28 sur 566. Il faut distinguer deux formes, qui ont des conséquences cliniques bien différentes, suivant que la perforation se fait lorsqu'il y a des adhérences péritonéales, ou lorsqu'elles manquent.

a) La *perforation avec adhérences antérieures de l'intestin* est fréquente dans la tuberculose entéro-péritonéale, ou lorsque les lésions ont une tendance à la suppuration. Cet abcès peut venir s'ouvrir à la paroi, dans le vagin ou dans la vessie; une fistule pyostercorale en est la conséquence; on a signalé des propagations suivant la gaine hypogastrique, le tissu de la fosse iliaque. Si des adhérences existent entre deux anses intestinales voisines, la perforation peut se faire à ce niveau (Mayo); c'est une entéro-anastomose spontanée.

b). La *perforation dans un péritoine sain* est plus rare; il faut, en effet, que l'intestin n'ait contracté aucune adhérence; quelques auteurs l'ont même niée, mais son existence dans l'entérite tuberculeuse semble bien démontrée par de récentes observations (Letulle, Oppenheim, Laubry, Van Engelen). On l'a signalée aussi dans les cas de sténose (Labbé, Beale, Potherat, Letulle, Corbin, Ossipowski, Dumontpallier). Louis XIII mourut d'une péritonite par perforation, au cours de l'évolution d'une entérite tuberculeuse; du reste il présenta des signes qui rappellent absolument ceux d'une sténose tuberculeuse de l'intestin grêle; c'est ce qui semble résulter de la lecture du rapport de son médecin Héroard, et de l'article de M. Battifol dans la *Revue de Paris* (octobre 1901).

On conçoit facilement, en effet, qu'une ulcération arrive à détruire les parois intestinales, d'une façon même très insidieuse. Au-dessus d'un rétrécissement, on peut invoquer aussi la distension du segment intestinal. Heschl, cherchant à préciser le siège de la perforation, a pris un intestin avec ulcérations tuberculeuses et l'a distendu progressivement : l'intestin se déchirait entre deux ulcérations ; mais dans les conditions ordinaires, il semble qu'il en soit autrement et que c'est bien au niveau même d'une ulcération que l'intestin se perfore. La perforation résulte de l'amincissement progressif de la paroi ; on l'a signalée à la suite de l'ingestion d'un noyau de pruneau. (Rosenbach).

Pour expliquer l'absence de réaction péritonéale, il faut admettre ou bien un sujet très cachectique, arrivé à la dernière période, incapable de se défendre, ou bien un processus rapide qui ne laisse pas le temps nécessaire pour la formation d'adhérences. En tout cas, c'est seulement dans les sténoses isolées, cicatricielles ou hypertrophiques, que l'on rencontre cette variété de lésions.

3^o *Occlusion aiguë et invagination (leur mécanisme)*. — L'occlusion aiguë peut survenir à toutes les périodes ; son mécanisme est des plus variés.

Tantôt il s'agit de *coudures*, d'*agglutination* d'anses intestinales, tenant aux lésions concomitantes de péritonite tuberculeuse (Lejars) ; tantôt ce sont des ganglions caséux, qui compriment l'intestin (Knaggs).

Plus souvent, c'est une accumulation de matières

stercorales, un corps étranger, qui trouve un passage infranchissable au niveau de la sténose et arrête le cours des matières.

A côté de ces variétés d'occlusion, il en est que l'on pourrait appeler *occlusions sine materia*. Leur existence est prouvée par des constatations opératoires (*Voir plus loin les observations de laparotomie exploratrice*). Kœnig, Rotter ont vu les phénomènes de sténose s'amender après une simple laparotomie : dans un cas de M. Jaboulay, nous avons vu que (Obs. 32) les sténoses, constatées au cours d'une première opération, avaient paru considérablement diminuées, au cours d'une seconde. Nous n'aurions pas songé à rapporter ce fait, qui pourrait paraître étrange, si nous n'avions trouvé la même remarque dans un auteur allemand, Strehl ; l'observation est rapportée plus loin (Obs. 83) ; on trouva à l'opération 14 sténoses ; une iléocolostomie fut pratiquée ; à l'autopsie, faite 12 jours après, on constata, fait qui me surprit beaucoup, dit l'auteur, *que les sténoses qui avaient paru très serrées au moment de l'opération, n'étaient plus que très légères* ; et Strehl arrive ainsi à conclure que le *spasme* joue un rôle dans la production des accidents d'occlusion.

Ciuti, s'appuyant sur les expériences de Kocher, de Buch, sur le mécanisme de l'étranglement herniaire, soutient à peu près la même idée ; pour lui, la distension de l'anse susjacente est secondaire ; il faut un spasme au niveau du rétrécissement.

Il s'agit là d'occlusions à peu près semblables à

celles que l'on a décrites dans la tuberculose péritonéale (Lejars, Poncet) et que l'on attribue à la paralysie du muscle intestinal. S'agit-il ici de paralysie seule? nous ne le pensons pas; de même que dans beaucoup de cas d'occlusion dite paralytique, au cours de la tuberculose péritonéale, il faut invoquer une *contracture spasmodique d'un segment intestinal*; Heidenhaim l'a constatée de visu; c'est cette contracture qui produit les fausses sténoses, rencontrées sur le cadavre; il y a un mélange de points contractés, de segments paralysés; Ahston désigne cet état sous le nom de *dyspéristaltisme*, par opposition à l'apéristaltisme; c'est ce que l'on observe souvent après les opérations abdominales et c'est ce qui détermine les élévations de température, purement toxiques, et cédant sous l'influence d'un purgatif.

Christiaens (*Th. de Lille*, 1896) a invoqué, tout gratuitement du reste, que le bacille de Koch produisait des toxines paralysantes, et que la paralysie intestinale reconnaissait le même mécanisme que les paralysies diphtériques, par exemple. Il est aussi logique d'admettre que ces toxines sont parfois convulsivantes ou bien que les lésions de la muqueuse, les lésions du muscle, que nous verrons se prolonger très haut, déterminent un spasme, une sorte d'état tétanique du muscle intestinal (Erdheim). Quoi qu'il en soit, qu'il y ait spasme ou paralysie, ou bien un mélange des deux causes, la laparotomie peut suffire à les faire cesser, ou bien à les diminuer.

A côté de cette variété d'occlusion, nous rangeons l'*invagination*, car son mécanisme est à peu près le même : Héritier, dans sa thèse, rapporte un cas d'invagination survenu au cours d'une tuberculose péritonéale, opérée par M. Jaboulay, et il rattachait directement la production de cet accident à l'existence d'une tuberculose du péritoine. Comme l'admettait Rafinesque, la contraction d'un segment intestinal y joue un grand rôle; elle transforme cette partie d'intestin en un tube rigide qui est poussé dans l'anse inférieure et non contractée; Black regarde comme nécessaire la paralysie de cette partie sous-jacente.

Ne peut-on pas admettre que les lésions péritonéales ou intestinales jouent un rôle dans la production de cet accident, et qu'une fois la paralysie d'un côté, le spasme de l'autre étant déterminés, le hasard du siège des ulcérations peut fixer cette disposition vicieuse et constituer ainsi l'invagination. M. Jaboulay (Soc. de Chir., Lyon 1901, 20 juin) a signalé encore un cas d'invagination complexe iléo-cœco-colique, survenue au cours d'une tuberculose péritonéale. A la même séance, M. le médecin major Batut rapportait une invagination intestinale survenue brusquement chez un homme qui présentait, d'autre part, des granulations tuberculeuses de la muqueuse intestinale. Murwedel cite un cas de Czerny, dans lequel une invagination du cœcum et du colon ascendant existait avec des lésions tuberculeuses iléo-cœcales; on fit une entéro-anastomose; le malade guérit. Flemer rapporte aussi deux cas de

Czerny dans lesquels on trouva, à la fois, une invagination et une lésion tuberculeuse.

L'invagination est-elle secondaire ou primitive? on ne peut le dire; mais il n'y a pas là une simple coïncidence. Ce mode d'occlusion devait être signalé au cours des complications de la tuberculose de l'intestin grêle.

B. COMPLICATIONS GÉNÉRALES.

Comme dans toute manifestation tuberculeuse, un point quelconque de l'organisme peut être envahi par une infection secondaire (testicule, os, etc.); les malades peuvent mourir d'une poussée de granulie. Ces cas sont fréquents, lorsqu'il s'agit de tuberculeux arrivés à la dernière période. Au sujet de lésions moins avancées, telles que nous les envisageons, ils sont plus rares; le point qu'il importe de connaître, c'est l'état du poumon.

Rapports des lésions intestinales et des lésions pulmonaires. — C'est là une question du plus haut intérêt, car c'est de l'existence de lésions pulmonaires, de leur étendue, que vont dépendre l'indication et souvent le mode opératoire; nous avons vu que la loi de Louis était en défaut, et que, semblable à tout autre organe, l'intestin pouvait avoir ses lésions tuberculeuses, localisées.

Il existe des rétrécissements simples, plus souvent que des rétrécissements multiples, chez les tuberculeux pulmonaires; c'est chez eux que les anatomologistes les découvrirent (Corbin, Piégu, Lance-

reaux, etc.). Pendant longtemps on en fit leur apanage exclusif; mais depuis les premières interventions chirurgicales, la question a changé. On a su tout d'abord que les rétrécissements multiples étaient rares chez les tuberculeux pulmonaires (il s'agit de formes fibreuses). Eisenhardt, cité par Hofmeister, rapporte que, sur 1.000 autopsies de tuberculeux, on a vu 566 fois des lésions intestinales et 9 fois seulement des sténoses. Mais, pour résoudre la question, il fallait chercher les lésions intestinales, en dehors de toute lésion pulmonaire. « Il est à peu près sûr, dit Erdheim, qu'une tuberculose pulmonaire a une influence défavorable sur une tuberculose intestinale; *cependant on peut assurer qu'une tuberculose avancée n'accompagne pas une forme sténosante intestinale*; dans la plupart des cas, on ne trouve que des lésions minimales (submatité au sommet, craquements, jamais de cavernes). Strehl, cependant, trouve dans un cas un foyer tuberculeux étendu, mais il croit que ces lésions se sont développées surtout sous l'influence de l'anesthésie, car, avant l'opération, il n'y avait pas de cavernes. Orth croit que la guérison des tuberculoses intestinales peut arriver dans les cas qui prennent une tendance chronique et chez lesquels le nombre des tumeurs est petit; les cas avec tuberculose avancée du poumon n'ont pas le temps d'arriver à la sténose; *les malades ne vivent pas leur sténose.* »

Nous avons tenu à signaler ces lignes, car elles sont typiques; on a voulu considérer les tuberculoses

intestinales comme synonymes d'ulcérations, c'est-à-dire de lésions avancées, et les malades comme étant au-dessus des ressources de l'art; on voit qu'il n'en est rien. La forme fibreuse indique une lésion en voie de régression, un mode de guérison, et non une évolution du processus; il s'agit de *tuberculose localisée*, dont la forme hypertrophique est la plus haute expression. Dire que la tuberculose intestinale existe toujours seule, serait exagéré, mais soutenir le contraire serait une aussi grande erreur; de plus, comme le fait remarquer Darier, une tuberculose fibreuse de l'intestin peut bien affecter la même forme au niveau du poumon. Il est certain qu'une lésion viscérale se généralise plus vite qu'une lésion osseuse par exemple; son extension sera favorisée par la nutrition défectueuse du malade, par l'abondance des voies sanguines et lymphatiques; sans doute, lorsque les ganglions sont envahis, la généralisation doit être plus hâtive, mais là encore, elle n'est pas fatale. La thérapeutique chirurgicale bénéficiera de cette idée, dans certaines limites, toutefois, comme nous le verrons plus loin.

VI. — De l'état des tuniques intestinales au voisinage d'une sténose

Dans les cas de sténose intestinale, les portions voisines d'intestin subissent des modifications: le segment sus-jacent est tantôt dilaté et hypertrophié, tantôt dilaté et aminci; le segment sous-jacent est

toujours aminci et atrophié. En ce qui concerne ce dernier fait, on invoque l'absence ou la diminution de fonctionnement de cette portion d'intestin.

Lorsqu'il s'agit du segment sus-jacent, la question devient plus complexe : il est soumis, dit-on, à un excès de travail ; pour y suffire, la musculature s'épaissit, il arrive un moment où elle cède, se laisse distendre et alors commence la période d'atrophie. Il n'en est pas toujours ainsi et beaucoup de sténoses intestinales n'ont jamais été accompagnées d'hypertrophie, dite compensatrice. Cette question semble mériter que l'on s'y arrête, car elle est peu élucidée et sa solution permet de tirer des conséquences importantes, au point de vue chirurgical.

Il faut tout d'abord préciser ce que l'on entend par *hypertrophie* ; avec tous les auteurs, nous dirons que toutes les fois que la paroi intestinale est plus épaisse que normalement, résistante au doigt, *non dépressible*, il y a hypertrophie. Ainsi se trouve éliminé l'état œdémateux des parois de l'intestin, que l'on rencontre parfois au voisinage d'une sténose récente. C'est là une définition basée sur des considérations purement macroscopiques et qui ne préjuge en rien de l'état des différentes couches de l'intestin.

Conditions dans lesquelles apparaît l'hypertrophie du segment sus-jacent.— Serrons les faits de plus près et voyons tout d'abord dans quelles conditions apparaît l'hypertrophie du segment sus-jacent aux sténoses intestinales. On divise celles-ci en *sténoses extra-pariétales* et *sténoses pariétales*.

A. STÉNOSES EXTRA-PARIÉTALES.

Parmi elles, les unes produisent de la dilatation; les autres de l'hypertrophie.

1. *Dilatation simple*. — Ce sont des faits d'observation courante. Dans les cas d'occlusions au cours de la péritonite tuberculeuse, occlusions presque toujours extra-pariétales, on ne relève pas d'hypertrophie; une bride fibreuse, un diverticule, une coudure de l'intestin par adhérence, une agglutination d'une série d'anses intestinales, plus ou moins soudées entre elles, amènent une dilatation, souvent exagérée, pouvant remonter jusqu'au duodénum. Tels sont les cas de Lejars, de MM. Jaboulay, Rollet (Th. Héritier). Dans son étude sur l'occlusion post-opératoire par bride, Tuja ne signale pas d'hypertrophie du segment sus-jacent. Ainsi donc, dans tous ces cas de sténose intestinale, et on pourrait encore ajouter tous ceux dans lesquels un organe déplacé, une production anormale vient diminuer le calibre intestinal, le segment sus-jacent peut être normal ou dilaté, mais non hypertrophié; dans ces cas où l'hypertrophie manque, les parois se contractent mal, la paralysie intestinale en est souvent la conséquence.

2. *Hypertrophie*. — Sans sortir de la catégorie des sténoses extra-pariétales, on trouve des cas dans lesquels une simple bride peut amener de l'hypertrophie au delà d'elle; les observations de Schultz, Garré, Goullioud, Mollard et Bernay le montrent amplement; après la réduction d'une hernie étranglée

avec persistance de l'agent d'étranglement, ces auteurs ont observé des occlusions intestinales. Ici, l'hypertrophie est énorme, rapide; Goullioud dit que l'intestin, au bout de huit jours, avait subi une distension et une hypertrophie telles, que l'on croyait avoir l'estomac sous les yeux; la paroi était dure, non oedématiée.

B. STÉNOSES PARIÉTALES.

Plus fréquemment que dans le premier cas, on trouve une hypertrophie sus-jacente; la dilatation simple se rencontre également.

1. *Hypertrophie.* — Le type de la sténose pariétale amenant l'hypertrophie est fourni par le rétrécissement tuberculeux, consécutif à une ulcération de la muqueuse, cicatrisée ou en voie de cicatrisation; l'hypertrophie existe dans tous ces cas (Borchgrevink, Kœnig, Cotteril, Hofmeister, Jaboulay); la paroi a souvent doublé d'épaisseur; elle s'étend quelquefois trèsloin du siège de la sténose première; Sourdille rapporte une observation de Sym, dans laquelle il s'agissait d'un rétrécissement du rectum ayant amené l'hypertrophie du gros intestin et du cœcum.

Les ulcérationstuberculeuses ne sont pas les seules à produire cette hypertrophie et on peut dire que toutes les fois qu'une ulcération intestinale amène, par sa cicatrisation, une sténose de l'intestin, il se produira une hypertrophie en amont d'elle, qu'il s'agisse d'ulcérations syphilitiques (Gérard-Mar-

chand), d'ulcérations traumatiques, dysentériques, de corps étrangers, de calculs, de lésions après invagination.

2. *Dilatation*. — Très rares sont les cas de sténoses pariétales amenant la simple dilatation. Dans une forme de *tuberculose fibreuse d'emblée*, nous n'avons pas trouvé d'hypertrophie. De même, dans certains cas de *tumeurs bénignes de l'intestin*, étudiées par Nigay, Heurtaux et, plus récemment, par Magnoux, dans une thèse inspirée par M. le professeur Poncet ; les remarques faites par Magnoux sont des plus nettes. « Souvent, dit l'auteur, les myomes intestinaux amènent un rétrécissement très serré de l'intestin ; dans le cas de Geissler, le calibre de l'intestin était réduit à l'épaisseur du petit doigt et, ni au-dessus, ni au-dessous, on ne constata de changement dans la structure des tuniques de l'intestin ». Mêmes constatations ont été faites par M. Tallon, dans son travail sur les polyadénomes de l'intestin.

Nous rapportons ici une observation recueillie dans le service de M. le docteur Chappet ; l'autopsie montra des rétrécissements de l'intestin grêle, les uns par bride, un autre par lésion de la paroi ; les premiers, anciens, très serrés, n'avaient pas amené d'hypertrophie ; l'autre, moins serré, avait procuré une hypertrophie très marquée. Le fait était tellement frappant que nous avons cru devoir le signaler.

OBSERVATION 2

(Personnelle. Recueillie dans le service de M. le D^r CHAPPET.)

TUBERCULOSE ENTÉRO-PÉRITONÉALE; STÉNOSE FIBREUSE DE L'ILÉON AVEC DILATATION EN AMONT; COMPRESSIONS DE L'INTESTIN GRÊLE EN D'AUTRES POINTS PAR DES BRIDES PÉRITONÉALES N'AYANT PRODUIT AUCUNE MODIFICATION DES TUNIQUES INTESTINALES. — TUBERCULOSE PULMONAIRE ET TUBERCULOSE VERRUQUEUSE DE LA MAIN GAUCHE. — MORT AVEC DES SYMPTÔMES D'OBSTRUCTION INTESTINALE.

A. T..., 26 ans, né à Roanne, pelletier; entré le 9 octobre 1897 à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle St-Irénée, service de M. Chappet.

Il est fils de mère morte diabétique et de père s'enrhumant facilement; quatre frères ou sœurs morts en bas âge d'affections inconnues.

Personnellement, il aurait eu une bronchite sérieuse il y a quelque temps; un peu d'alcoolisme.

Il entre à l'hôpital pour une diarrhée séreuse, parfois très abondante, parfois moins marquée; elle date de plusieurs mois; il y a sept ou huit semaines qu'ont apparus des coliques douloureuses intermittentes occupant tout l'abdomen.

Il n'y eut jamais de méلœna; peu d'appétit, faiblesse grande.

A son l'entrée à l'hôpital, le malade est très amaigri; il attire l'attention sur les coliques violentes survenant à intervalles irréguliers; au moment des accès douloureux, qui ont été constatés, le ventre devenait tendu; des anses intestinales se dessinaient sous la peau; pas de bruits musicaux; le météorisme est généralisé et les contractions sont de même intensité sur toute la paroi.

Pas de vomissements; selles brunâtres, liquides; pas de sang.

Au poumon: submatité des sommets en arrière avec exa-

gération des vibrations et bronchophonie surtout à droite ; craquements secs.

Rien au cœur.

Au niveau du bord radial de la main gauche, lésion à aspect verruqueux, à bords violacés, ayant débuté il y a dix-huit mois ; on trouve les caractères d'une lésion tuberculeuse. Ganglions épitrochléens.

Opacité cornéenne gauche, suite d'une ophtalmie de la première enfance.

3 novembre 1897. — L'état s'aggrave, la diarrhée devient abondante et fréquente ; elle apparaît par débâcles, coupée d'intervalles de constipation. Circulation abdominale sous-cutanée très développée. Pas d'ascite.

Au poumon, le sommet droit présente des signes de ramollissement très avancé.

7 décembre 1897. — La cachexie progresse. Le ventre se rétracte ; dans la fosse iliaque droite on perçoit une masse allongée, dure, douloureuse, ressemblant à un boudin cœcal. Coliques violentes. Diarrhée. Signes de cavernes au sommet droit.

Mort, le 15 décembre, dans un état cachectique très marqué.

Autopsie. — On constate dans l'abdomen des lésions de péritonite tuberculeuse très avancée, avec masses caséuses typiques dans le mésentère ; ganglions mésentériques, fausses membranes, granulations ; quelques poches, bridées par des adhérences, contiennent du liquide ascitique. En plusieurs points on rencontre, sur le trajet de l'intestin grêle, des brides fibreuses très nombreuses ; les unes diminuent peu le calibre de l'intestin grêle ; il n'y a au-dessus d'elles, ni dilatation, ni amas stercoraux ; les autres, plus nombreuses, sont très serrées ; au-dessus d'elles *l'intestin est dilaté*, parfois rempli de matières fécales ; si l'on vient à sectionner la bride et à faire cheminer les matières, l'intestin redevient normal et, seul, un léger sillon vient indiquer la présence d'un obstacle ancien ; aucun épaissement de la paroi au

toucher et à la coupe ; la muqueuse est normale, sans ulcérations.

A droite de la ligne médiane on voit une poche volumineuse à parois très épaisses et qui est prise, à première vue, pour le cœcum dont elle a le volume ; on ne reconnaît pas les bandes longitudinales ; du reste, le cœcum est retrouvé, plus profondément, dans sa situation normale. Il s'agit de la masse que l'on percevait, pendant la vie, dans la fosse iliaque droite. Elle siège à la *partie moyenne de l'intestin grêle*. La portion rétrécie est très serrée et admet à peine le petit doigt. Sur une coupe, ce qui frappe tout d'abord, c'est un épaississement énorme, non seulement au niveau de la lésion, mais au-dessus d'elle ; les parois ont l'épaisseur de celles de l'estomac et *cette hypertrophie remonte à 50 cent. du rétrécissement*. La muqueuse est parsemée de petites ulcérations, peu étendues, peu profondes ; au niveau de la sténose elles sont un peu plus marquées.

Au-dessous du rétrécissement, l'intestin est atrophié.

Les brides péritonéales existent au-dessus et au-dessous de la lésion ; aucun autre rétrécissement intéressant la paroi intestinale. Il n'y a pas de larges ulcérations, mais seulement de petites lésions de la muqueuse, éparses.

Gros intestin aplati ; pas d'ulcérations.

Aux poumons, cavernes aux deux sommets, surtout marquées à droite ; tuberculose incontestable.

Que conclure de l'analyse de ces faits, pour expliquer l'hypertrophie dans un cas, la dilatation simple dans l'autre ?

Faut-il invoquer le siège de la sténose ? Non, mais faisons remarquer qu'il est très rare de voir une sténose pariétale ne pas s'accompagner d'hypertrophie. *Le degré ?* Des sténoses pariétales très serrées n'amènent pas d'hypertrophie appréciable ; tandis que des sténoses pariétales en sont presque toujours

accompagnées. *L'ancienneté* ? Ici, on trouverait même discordance ; telle hypertrophie se constitue en cinq jours, telle autre sera à peine marquée en plusieurs mois.

Aucune de ces conditions n'est capable de fournir une explication. Il existe une particularité qui nous a paru constante : c'est que *l'hypertrophie du segment sus-jacent se rencontrait lorsque, au niveau de la sténose, les parois intestinales, la muqueuse principalement avaient été lésées*. C'est ainsi que des sténoses par brides, établies lentement, n'amènent aucune lésion de la paroi au-dessus d'elles, l'intestin est dilaté, sa paroi est mince ; si, au contraire, comme dans les cas de sténoses après fausse réduction de hernie, la bride très serrée amène une chute de la muqueuse, un effondrement de la séreuse, le segment sus-jacent s'épaissit. Pour les sténoses pariétales, l'hypertrophie est la règle, les tuniques intestinales sont malades. Les polypes de l'intestin ne lèsent pas la paroi, ils n'amènent au-dessus d'eux aucune modification ; il en est tout autrement si leur surface vient à être lésée (Faure, Nigay).

Ainsi donc, hypertrophie et lésions de la paroi au niveau de la sténose semblent deux lésions concomitantes ; il existe entre elles un rapport intime ; ce n'est là que la constatation d'un fait, il trouvera son explication par l'étude de la nature de cette hypertrophie.

Nature de l'hypertrophie au-dessus d'une sténose

Opinion courante. — Tardieu voyait, dans l'existence de l'hypertrophie une confirmation de la loi de Laënnec qui voulait que « tout organe creux, soumis à une détension prolongée, s'hypertrophiât dans la paroi, en même temps que s'agrandit sa cavité ». C'était la tunique musculuse qui était soumise à un travail exagéré, c'était elle qui devait s'accroître.

Corbin avait bien fait remarquer que l'induration du tissu cellulaire résultant de l'irritation chronique devait être prise en considération, mais la plupart des auteurs, avec Virchow, soutenaient que l'hypertrophie portait sur la couche musculaire dont les fibres s'élargissaient sans qu'il y eût augmentation de nombre.

Nous avons étudié, sur de nombreuses coupes histologiques, les segments sus-jacents à une sténose, pour chercher à élucider de quelle nature était cette hypertrophie, lorsqu'elle existait. Voici quelques-uns des résultats les plus nets que nous ayons obtenus.

A. *Segment sus-jacent à une sténose hypertrophique.* — Les préparations que nous reproduisons ont trait au segment sus-jacent de la sténose de l'observation 48; les coupes ont porté à 6 cent. au-dessus de la sténose : la paroi était manifestement épaissie.

1^o *Figure I.* (Faible grossissement). — Nous voyons ici les quatre couches intestinales. — La mu-

queuse est détruite en partie; à un grossissement plus fort, on constate que les cellules caliciformes, les tubes glandulaires sont la plupart conservés. — La *sous-muqueuse* est épaissie; elle est le siège d'une infiltration considérable, avec des agglomérations de cellules rondes; ses lésions sont les mêmes, bien qu'un peu moins accusées, que celles que l'on constate au niveau même de la sténose. — Le *muscle*, si on le compare avec celui de la figure 7, reproduite au même grossissement, ne présente pas de différence, si ce n'est une séparation plus nette des deux couches, longitudinale et circulaire; dans les deux cas, le muscle est augmenté de volume; à ce grossissement on ne voit pas d'altération bien marquée. — La *tunique séreuse* a triplé d'épaisseur.

2^o *Figure II. Examen de la tunique séreuse.* — A un fort grossissement on constate des lésions manifestes de la sous-séreuse; celle-ci est semée de *points d'infiltration* très nets, très nombreux; au centre de quelques-uns on voit des ébauches de cellules géantes; les vaisseaux sont élargis, leurs parois sont fibreuses. Ce sont les mêmes lésions constatées dans la sous-muqueuse, au niveau de la sténose elle-même.

3^o *Figure III. Examen du muscle.* — A un fort grossissement, le muscle présente des lésions très accusées; les fibres conservent leur direction générale; mais, par endroits, elle sont remaniées, affectent une direction spiroïde. Entre elles, on constate une infiltration abondante de leucocytes les disséquant pour ainsi dire; les lésions sont moins accusées

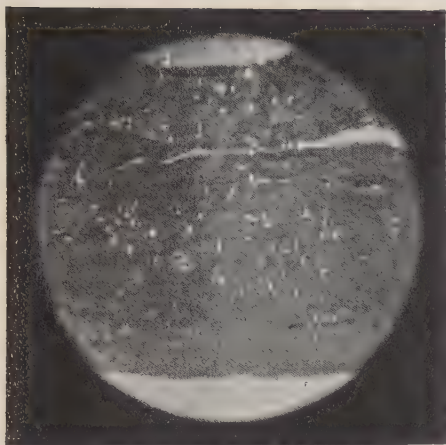


FIG. I. — Segment sus-jacent à une sténose hypertrophique, 6 cent. au-dessus de la sténose (Obs. 48, faible grossissement). On reconnaît les quatre tuniques, le muscle a son épaisseur normale, la tunique sous-séreuse est très épaisse.

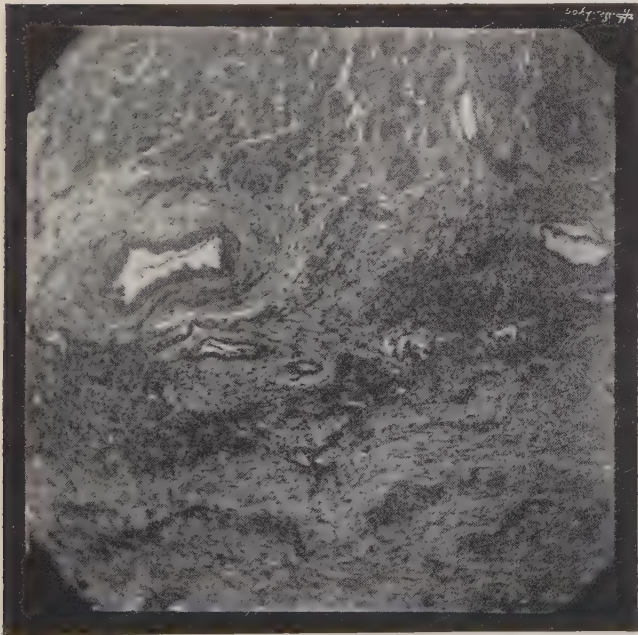


FIG. II. — Même coupe, vue à un fort grossissement; la sous-séreuse et la partie la plus externe de la couche musculaire sont représentées. Dans la sous-séreuse, infiltration énorme; deux tubercules en voie de formation; vaisseaux très dilatés.

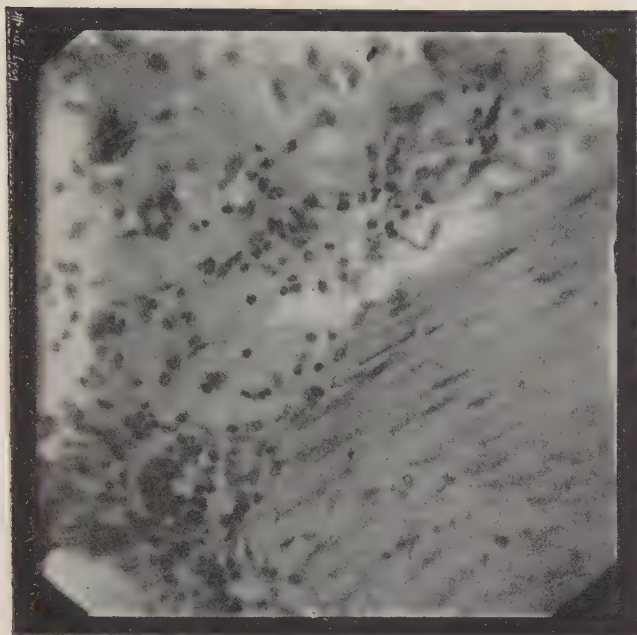


FIG. III. — Même coupe que dans la figure I, vue à un fort grossissement ; une partie de la sous-muqueuse et de la couche musculaire circulaire est représentée ; partout on voit une infiltration considérable ; en deux points, ébauches de follicules.

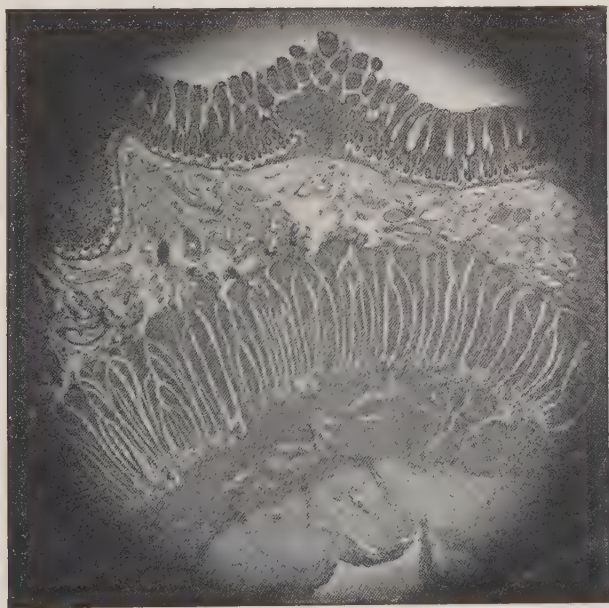


FIG. IV. — Segment sus-jacent à un anus contre nature d'origine herniaire, datant de deux mois. Macroscopiquement, la paroi était épaissie. On peut voir le muscle d'épaisseur égale à celui du segment sous-jacent (Fig. 5). L'épaississement résulte d'une infiltration de la sous-muqueuse et de la sous-séreuse.

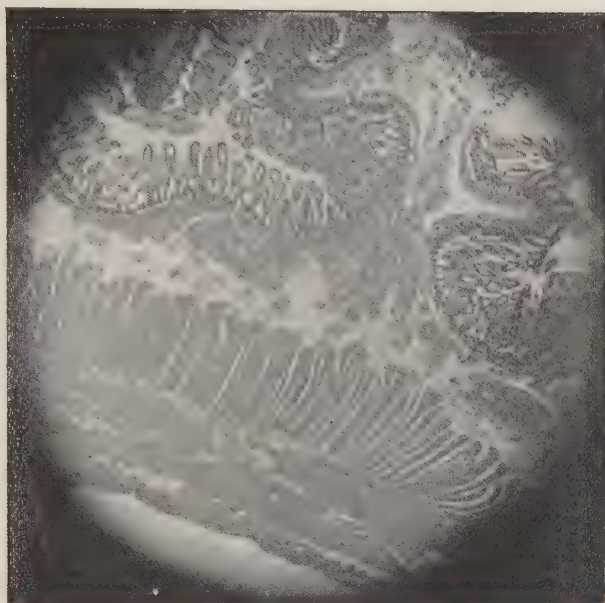


FIG. V. — Segment sous-jacent à un anus contre nature ; la paroi était plus mince que celle du segment sus-jacent. Le muscle a une épaisseur analogue ; la sous-muqueuse et la sous-séreuse sont presque rétractées, de sorte que la muqueuse intestinale est plissée,

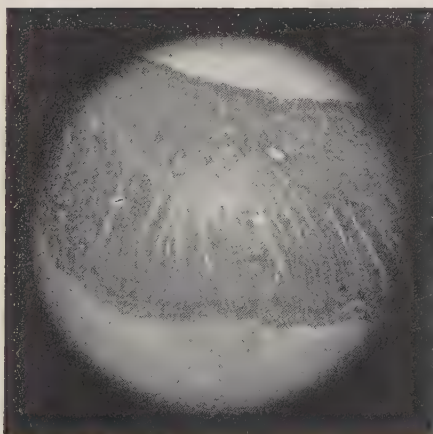


FIG. VI. — Segment sus-jacent à une sténose fibreuse ; le muscle est aminci, mais les fibres sont nettes ; l'atrophie est générale.

qu'au niveau de la sténose; il n'y a pas de points arrondis, pseudo-folliculaires. Quelques fibres sont épaissies; à leur centre on trouve des granulations fortement colorées, indice d'une dégénérescence.

B. Segment sus-jacent à un anus contre-nature. — Voici une autre variété d'hypertrophie. — Il s'agit d'un anus crural établi, chez une femme âgée, à la suite d'une hernie crurale étranglée, et qui a subi la cure radicale dans le service de M. le professeur Poncet. « Le bout supérieur, disait Dupuytren, parcouru par les matières alimentaires, excité par leur présence, conserve non seulement son calibre et l'épaisseur de ses parois, mais encore, obligé de suppléer à la partie inférieure du canal intestinal qui se trouve, en quelque sorte, interdite dans ses fonctions, il acquiert une ampleur et une épaisseur plus grandes; il devient le siège d'une circulation, d'une sécrétion, d'une absorption plus actives ». C'est, en somme, une hypertrophie que l'on rangeait dans la catégorie des *hypertrophies compensatrices*.

Dans notre cas, la paroi intestinale était épaissie; les coupes, faites dans le laboratoire de M. le professeur Poncet, nous ont montré ce qui suit :

Fig. IV. — La *muqueuse*, la *sous-muqueuse* sont intactes; le *muscle* n'est pas hypertrophié; son épaisseur est la même que sur le segment inférieur; nous représentons (*Fig. 5*) la coupe de ce segment qui peut être regardé comme celle d'un intestin presque normal, pour comparer les deux couches musculaires. Par contre, la *tunique sous-séreuse* est très infiltrée;

à un fort grossissement, il n'y a pas de points d'apparence lymphoïde : c'est une lésion diffuse. En somme, c'est à la seule lésion de la sous-séreuse que la paroi intestinale est redevable de son épaisseur.

C. Segment sus-jacent à une sténose fibreuse (Fig. 6). — Cette pièce a trait à un rétrécissement fibreux, de nature tuberculeuse (Observation 31). La paroi intestinale était dilatée et atrophiée; la sténose admettait à peine un porte plume. Comme on le voit, les tuniques sont bien proportionnées; le muscle est aminci simplement; mais les fibres sont nettes, non dissociées pour l'infiltration. L'atrophie est générale, ne porte pas seulement sur la couche musculaire, comme on l'admet si on invoque une atrophie par défaut de fonctionnement. Nous avons fait de nombreuses coupes de segments sus-jacents à d'autres sténoses fibreuses, ou amenées par une bride; leurs examens sont semblables : jamais la couche musculaire n'était atrophiée seule et d'une façon complète.

Comme on le voit par ces exemples, c'est sur toutes les couches de l'intestin que porte l'hypertrophie : terme défectueux, car il paraît signifier que les éléments constitutants, seuls, augmentent de volume, alors que l'épaississement de la paroi est dû, avant tout, à l'apport d'éléments étrangers.

Cet épaississement de l'intestin au-dessus d'une sténose est pathologique, au lieu d'être simplement dû à une suractivité fonctionnelle; c'est cette idée que nous avait émise M. Jaboulay et nos recherches n'ont fait que la confirmer. C'est une tuberculose

naissante de la sous-muqueuse et de la sous-séreuse qu'indiquent l'infiltration, et la présence de follicules embryonnaires. Le *muscle* lui-même, que l'on disait plus vigoureux, parce que son épaisseur était plus considérable, présente de véritables *lésions tuberculeuses*, semblables comme étiologie à celles que Kiener et Poulet ont signalées autour des fistules. Ce sont des lésions de même ordre que celles décrites par Lantz et par de Quervain (*Arch. f. Klin. Chir*, XLVI, p. 27). Il s'agit d'une tuberculose atténuée, car les éléments sont plus vigoureux, ou bien l'infection est moins active d'une véritable *tuberculose hypertrophique*, dans le sens que l'on attache à ce mot. Les fibres musculaires peuvent être augmentées de volume, comme toute cellule, au voisinage d'un foyer d'irritation ; mais surtout des éléments nouveaux, inflammatoires, écartent les fibres, les dissocient et ce sont eux qui contribuent le plus à l'augmentation de volume, si la tunique musculaire est épaissie. Il arrive un moment où la paroi cède parce que, dit-on, elle ne peut plus suffire ; non, c'est l'élément noble qui est étouffé, ou bien par les progrès de l'infiltration (ce qui explique que des parois même épaisses, sont parfois paralysées et s'invaginent), ou bien par la sclérose, et on a alors les lésions que Gilbert et Roger ont décrites sur les muscles du cheval (*Congrès de la Tuberculose*, 1893), lésions de *cirrhose musculaire tuberculeuse*.

Dira-t-on qu'il s'agit d'une hypertrophie compensatrice ? Dans ce cas, la tunique musculaire serait presque la seule tunique épaissie, ses éléments

seraient compacts, se présenteraient avec tous les indices d'une vitalité, nécessaire à un surcroît de travail. Il en est tout autrement ; le muscle nous apparaît comme noyé au milieu des éléments cellulaires qui l'entourent ; ses éléments sont dissociés, quelques-uns même dégénèrent ; il est augmenté de volume, comme le sont les muscles de la vie de relation dans certaines paralysies pseudo-hypertrophiques, comme l'est le corps thyroïde en état de dégénérescence ; l'élément noble est égaré au milieu du tissu envahisseur qui peut parfois le détruire. Il subit le même sort que les couches voisines, moins rapidement, toutefois, en raison de sa consistance et de sa fonction. Le point de départ réside au niveau même du point malade ; l'inflammation interstitielle se propage d'autant plus facilement que les matières fécales retenues créent une sorte d'état œdémateux des parois ; des points d'inoculation secondaire se rencontrent à distance ; on s'explique dès lors, pourquoi, dans les cas d'hypertrophie sus-jacente à une sténose, il y a une lésion de la muqueuse ou des parois.

Dans les sténoses par bride, même très serrée, l'hypertrophie compensatrice devrait exister ; cependant, on ne la trouve pas ; l'obstacle reste extérieur à l'intestin, se confond avec la séreuse et arrive sans effraction à faire corps avec la paroi ; tout au plus, au début, trouvera-t-on de l'œdème, qui disparaîtra rapidement ; dans ces cas, l'intestin est intact au niveau de la sténose et il restera de même en amont d'elle. Si, au contraire, l'étranglement est brusque, la séreuse est comme effondrée ; il y a un œdème et

une infiltration énormes de la partie sus-jacente ; c'est ce qui explique ces hypertrophies constituées en quatre jours et qui ne peuvent pas reconnaître une origine musculaire. L'examen du segment supérieur de l'anus contre nature rend compte de ce que doit être la nature de cette hypertrophie, au moins au début. Du reste, on ne sait pas comment une petite partie d'intestin hypertrophié pourrait suffire au passage des matières à travers le point rétréci ; l'effort doit partir de plus haut, et c'est sur tout le trajet de l'intestin que les contractions doivent se montrer plus fortes et plus actives ; peut-être, pour y suffire, le muscle devient-il plus épais ; *a priori*, le fait n'est pas impossible, mais échelonnée sur une longueur aussi grande, l'hypertrophie est insignifiante, lorsqu'on envisage un segment d'intestin.

Ainsi formé et ainsi compris, l'épaississement de la paroi, d'abord limité, peut s'étendre ou rétrograder. S'il s'accroît, il arrive à former ces sténoses tubulaires, allongées, qui se rencontrent surtout dans la tuberculose hypertrophique, forme dans laquelle le processus tuberculeux est encore en évolution. Il peut rétrograder lorsque la lésion guérit, fait plus fréquent dans les sténoses cicatricielles ; dans ce cas, on ne trouve plus que quelques traînées inflammatoires insignifiantes et du tissu de sclérose abondant ; l'intestin, subissant la pression des matières fécales, se distend ; son muscle ne s'atrophie pas aussi rapidement qu'on le pensait ; il suit une évolution parallèle à celle des autres couches.

Dans le segment sous-jacent à une sténose, on trouve un processus presque analogue, mais les conditions dans lesquelles il évolue sont un peu différentes. Il n'est, du reste, pas toujours atrophié, comme on le dit toujours ; souvent sa paroi est très épaisse au dessous du rétrécissement ; dans cette zone, on trouve les mêmes lésions (Voir fig. 1., les coupes du segment sous-jacent sont semblables) ; elles sont moins étendues, *en raison de l'état de vacuité* de l'anse intestinale ; il n'existe pas uniquement une atrophie du muscle, que l'on attribuait à un défaut de fonctionnement, mais une atrophie générale. Elle reconnaît des mécanisme variés. Sur la fig. 5. on voit qu'il existe une sorte de cicatrice de la tunique sous-séreuse, qui bride les autres couches, plisse la muqueuse et amènera finalement leur atrophie. Dans d'autres cas, lorsque l'infiltration, au lieu d'intéresser seulement la couche sous-péritonéale, aura envahi toutes les tuniques, chaque élément sera compris au milieu du tissu scléreux, l'atrophie se fera sur tous les points. Elle est plus vite réalisée sur le segment inférieur que sur le segment supérieur, car les matières fécales ne causent pas, par leur accumulation, une irritation constante.

S'il existe, au-dessous d'une première sténose, de préférence hypertrophique, une autre de même nature et à peu de distance, le segment intermédiaire formera un tube rigide, épaissi, qui les réunira ; c'est ainsi que l'on a vu un intestin former six poches, ressemblant à autant de petits estomacs, à parois très résistantes et très épaisses, séparées par des sténoses

serrées ; il n'y a pas à invoquer une hypertrophie musculaire, mais une infiltration pathologique des parois, laquelle, partant de chaque point malade, est arrivée à réunir celle qui provenait du point voisin.

De cette étude on peut tirer les conclusions suivantes :

1^o Lorsque, au-dessus d'une sténose, la paroi de l'intestin est hypertrophiée, il ne s'agit pas d'un fait physiologique, *mais d'une lésion même de la paroi.*

2^o Cette hypertrophie existe lorsque, au niveau du point sténosé, il y a, ou il y a eu une lésion pariétale, mais surtout une lésion de la muqueuse ; elle devient le point de départ de l'infiltration qui gagne de proche en proche. L'anatomie montre qu'il s'agit d'une *fausse hypertrophie* constituée par divers éléments : *a)* par une infiltration pathologique du muscle, dont les fibres, écartées, dissociées, augmentent l'épaisseur ; *b)* surtout par une infiltration plus marquée des tuniques celluleuse, sous-séreuse et sous-muqueuse.

3^o Au point de vue opératoire on peut dire : s'il y a hypertrophie au-dessus de la sténose, c'est qu'il y a un obstacle qui a intéressé les parois intestinales ; sinon, il s'agit d'un obstacle purement extérieur qu'il suffira de sectionner. Le segment hypertrophié devra être considéré comme une partie malade ; c'est dire qu'il faudra faire porter une anastomose, reculer les limites d'une entérectomie bien au-dessus de lui, si l'on veut se tenir en tissu sain.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Dans cette étude symptomatique des tuberculoses intestinales chirurgicales, nous insisterons principalement sur les signes qui peuvent parfois permettre au chirurgien de se renseigner sur le siège, la nature de la lésion, mais qui ont surtout pour but de lui faire poser le plus nettement possible l'indication opératoire et aussi de justifier son intervention. Nous laisserons de côté la symptomatologie de l'entérite tuberculeuse, qui se trouve, sans doute souvent, au début des formes chirurgicales, et qui est, encore aujourd'hui, la seule forme de tuberculose intestinale décrite par les classiques. En considérant les lésions anatomiques signalées plus haut, on voit que l'occlusion plus ou moins marquée de l'intestin est leur aboutissant le plus fréquent ; d'autre part, les tuberculoses entéro-péritonéales ont comme caractéristique la présence d'une tuméfaction, accompagnée ou non de sténose. Nous décrirons deux formes :

1^o *Sténoses tuberculeuses (unique ou multiples) de l'intestin grêle.*

2^o *Tumeurs tuberculeuses de l'intestin grêle.*

La première répond à ce que Gaillard désigne sous le nom de *forme coprostatique* de la tuberculose intestinale, par opposition à la forme diarrhéique (ulcérations); la seconde serait la *forme néoplasique*, le terme de néoplasme indiquant seulement une formation nouvelle. En somme, tout tuberculeux intestinal devient chirurgical, lorsqu'apparaissent des signes de sténose ou de tumeur.

Dans un dernier article nous étudierons les *complications* communes à toutes ces formes de tuberculose intestinale.

Art. I. — Sténoses tuberculeuses.

A. PÉRIODE DE DÉBUT.

L'affection débute progressivement ou insidieusement.

a) *Début insidieux.* — C'est le plus fréquent. Ordinairement, il s'agit d'un malade jeune, de 20 à 30 ans, (une seule malade de Koenig avait 52 ans), qui arrive en se plaignant de *troubles digestifs variés*; les premiers symptômes datent parfois de longtemps; Deppe a signalé le cas d'un enfant âgé de 12 ans, chez lequel le début remontait à l'âge de 2 ans. Le plus souvent il s'agit de deux ou trois ans, pendant lesquels le malade a souffert; toute thérapeutique

a pour ainsi dire échoué. Ce sont des douleurs abdominales, vagues, diffuses, survenant quelques heures après le repas (au moment de la digestion intestinale), mal localisées; les digestions sont pénibles, longues; il peut y avoir parfois des vomissements; les selles sont irrégulières, diarrhéiques, souvent teintées de sang. Le malade est soigné pour des troubles gastro-intestinaux, hépatiques ou appendiculaires.

Quelquefois, l'existence de lésions tuberculeuses héréditaires ou personnelles, peuvent faire supposer la nature de la lésion; quelquefois, la connaissance d'une lésion antérieure du tube intestinal (fièvre typhoïde, entérite, traumatisme, Obs. 48) ou du péritoine (péritonite tuberculeuse, Obs. 32) peuvent faire soupçonner le siège de l'affection. A cette période, rien ne permet de porter un diagnostic précis, rien ne saurait justifier une intervention chirurgicale; il faut observer le malade et attendre l'apparition d'autres signes, qui, s'ils ne sont pas déjà survenus, ne tardent pas à se montrer.

b) *Début brusque.* — C'est un cas peu fréquent. Il s'agit d'un malade qui accuse les troubles que nous venons de signaler, et qui, brusquement, est pris d'occlusion intestinale. Parfois, sans symptôme antérieur autre qu'une diarrhée intermittente, les accidents d'obstruction éclatent; ils peuvent être subaigus, se renouveler plusieurs fois (Obs. 88), puis devenir un jour mortels à brève échéance (Collin). Dans ces cas, l'affection avait évolué insidieusement, le muscle intestinal compensait la lésion: un jour, un corps étranger ou des matières fécales sont

venus créer une obstruction complète, ou bien un spasme même du muscle intestinal est arrivé au même résultat.

D'autres fois (Obs. 101), les symptômes de lésion intestinale avaient apparu dans l'enfance ; tout s'était calmé, puis, brusquement, longtemps après, l'occlusion survient.

B. — PÉRIODE D'ÉTAT

Que l'affection ait débuté brusquement ou insidieusement, elle arrive à sa période d'état et se caractérise par un ensemble de signes bien nets. Il sont différents suivant qu'il s'agit de sténose unique ou de sténoses multiples.

1. — Sténose unique

1^o **Signes fonctionnels.** — Ici, on trouve un symptôme capital, l'*accès douloureux*.

a) *Accès douloureux.* — Au lieu des douleurs sourdes du début, nous avons des *douleurs violentes*, plus fortes, comme l'a montré Bouveret, que les douleurs stomacales dans la sténose pylorique ; le malade accuse des sensations diverses ; il lui semble que son intestin se noue, se tord (Lennander). Au lieu d'être diffuse, la douleur est *fixe* ; tantôt elle siège dans la fosse iliaque droite (Lennander et Obs. 48). tantôt elle débute au niveau du dos (Pantaloni), plus souvent au voisinage de l'ombilic. En même temps, l'abdomen se météorise, toujours en débutant au même point ; des anses intestinales serpentent sous la

paroi. De temps en temps, coïncidant, en général, avec une exacerbation de la douleur, des *bruits musicaux* apparaissent; le malade croit entendre le bruit de l'eau passant dans un goulot de bouteille (Obs. 91) ou bien le bruit d'un liquide sortant à travers la fente d'un piston ou bien le miaulement du chat (Kœnig); le malade attire souvent lui-même l'attention sur tous ces signes; les bruits musicaux surtout le frappent et dans quelques observations on les trouve notés comme premier symptôme (Cotterill).

La *durée* des crises varie de quelques secondes à plusieurs minutes; l'évacuation de matières plus ou moins liquides, purée de pois (Kœnig), de gaz très nombreux marquent en général la fin de l'accès et font cesser la douleur; cependant l'abdomen demeure longtemps sensible. On a noté aussi des vomissements.

La *fréquence* des accès est variable: tantôt ils sont très espacés, tantôt très rapprochés, et peuvent se produire plusieurs fois par jour, à mesure que l'affection progresse.

Ils apparaissent spontanément ou bien sous l'influence du froid, d'efforts, des chocs abdominaux; les *changements de régime* ont une importance, la malade de l'Obs. 91 remarque que les aliments lourds lui amènent plus souvent des douleurs; Salomoni s'est servi de cette particularité pour diagnostiquer l'existence et le siège de la sténose.

Cet ensemble de caractères de l'accès douloureux, la régularité et la fixité des symptômes, le météorisme, les bruits concomitants ont été mis en relief par

Kœnig, et, dans sa thèse, Doppe désigne l'ensemble sous le nom *syndrome de Kœnig*.

Kœnig a démontré la *pathogénie* et l'utilité de cet accès douloureux. « Avec le développement graduel de la stricture, dit-il, la portion d'intestin grêle, qui se trouve plus haut, se remplit, en s'élargissant, de gaz et de matières fécales ; l'intestin est alors obligé de recourir à une force musculaire plus considérable pour chasser les liquides ; c'est pendant cet acte que se manifeste le bruit de dégagement de liquide par un tube étroit ; après cette évacuation, l'intestin gonflé tombe ; l'accès douloureux est fini. La colique est donc l'avant-coureur d'un acte très utile, à l'aide duquel sont chassées les matières fécales à travers le point rétréci ».

b). *En dehors des accès*, le malade ne souffre pas.

Les *selles* sont parfois *normales*. Ossipowski signale un cas dans lequel le rétrécissement siégeait très haut : les matières liquides passaient sans peine, puis reprenaient leur forme et leur consistance normales dans la portion intestinale sous-jacente. — Plus souvent, il y a de la *constipation*, mais elle n'est pas la règle ; Ossipowski admet que les lésions intestinales entraînent une suractivité des glandes, qui entretiennent la fluidité des matières ; on a même cité des cas (Dupont) dans lesquels tout signe de sténose manquait, en raison même de l'état liquide du contenu intestinal. — La *diarrhée* n'existe guère dans la forme fibreuse et lorsqu'il y a peu de lésions : signe distinctif d'une lésion de l'intestin grêle, car, même en admettant que les matières sont liquéfiées à son

niveau, le cœcum et le gros intestin restent intacts; aussi n'y a-t-il rien de surprenant de voir souvent des selles normales. L'existence d'une diarrhée constante doit faire songer à une lésion diffuse et profonde. La présence de sang et de pus est parfois constatée.

Enfin, signalons les *vomissements*, assez rares.

2^o *Signes physiques*. — Le résultat de l'examen de l'abdomen fournit des données importantes.

A l'inspection, le ventre est *météorisé*, si l'affection est ancienne; au début il est normal, quelquefois rétracté. Lorsqu'on soupçonne une sténose intestinale, il faut examiner le ventre au moment d'un accès douloureux; on peut le provoquer, soit par de petits chocs légers, soit en faisant boire le malade. Au moment où commence la douleur, on voit l'abdomen se tuméfier en un point, ordinairement au voisinage de l'ombilic; cette tuméfaction prend une forme allongée, elle est très sonore à la percussion et si on la déprime brusquement, on obtient un clapotage manifeste. Puis, à mesure que la douleur s'accuse, le tympanisme localisé s'accroît, bientôt surviennent des ondes péristaltiques, qui se font suivant le sens de l'intestin grêle (Nothnagel); elles augmentent peu à peu d'intensité; on dirait, dit Kœnig, qu'un serpent est enfermé dans le ventre; en même temps, on peut entendre les *bruits musicaux* que le malade a déjà signalés. Et lorsque la douleur cède, la tumeur s'affaisse, le ventre reste sensible quelques heures puis tout rend dans l'ordre. Un second accès débu-

tera au même point : cette *fixité du siège* est de toute importance.

Quelquefois, au moment de la crise douloureuse, on ne voit rien sur la paroi abdominale ; il faut alors pratiquer le toucher vaginal ou le toucher rectal ; on pourra sentir parfois l'anse se dilater, puis s'affaïsser. Le signe de Von Walh, en effet, ne se manifeste pas exclusivement sur la paroi abdominale ; nous avons vu, chez M. Jaboulay, deux cas d'occlusion intestinale, dans lesquels l'anse immédiatement sus-jacente à la sténose n'était perçue que par le vagin.

Cet accès douloureux, qui inscrit ainsi sur la paroi abdominale l'effort de l'intestin, est suffisant, à lui seul, pour faire porter le diagnostic de sténose intestinale.

En dehors de l'accès douloureux, on pourra percuter et palper l'abdomen plus profondément.

A la percussion, le tympanisme localisé à un segment d'intestin pourra persister ; on a une sonorité hydro-aérique, souvent bien nette ; dans d'autres cas, la différence avec le tympanisme abdominal est inappréciable.

A la palpation, on pourra sentir du *gargouillement* et percevoir le *bruit de clapotage* ; ce que l'on trouve si l'intestin est dilaté, se vide mal et contient alors des gaz et des matières liquides.

En déprimant plus profondément la paroi, on peut sentir une petite *tumeur*, plus volumineuse, s'il s'agit d'une sténose hypertrophique ; elle est dure ; elle siège, comme l'a fait remarquer Comte,

sur le trajet de l'intestin grêle, et elle est mobile. Il ne faudra pas négliger le *toucher vaginal* ou le *toucher rectal*; dans l'observation 48, M. Bouveret sentit, par le rectum, une sténose hypertrophique de la dernière partie du jéjuno-iléon; la palpation abdominale ne permettait pas de la percevoir.

Les *ganglions*, s'ils existent, pourront être perçus à côté de la tumeur; ce sont de petites masses arrondies, peu volumineuses, dures, presque jamais abcédées.

Examen des selles. — L'examen des selles devra être pratiqué, car il donne de précieux renseignements sur l'état de l'intestin.

On peut trouver du *sang*; dans les cas de lésion d'intestin grêle, il est intimement mêlé aux matières fécales; s'il y a lésion du gros intestin, il se présente sous forme de caillots, autour des matières fécales (Senn). La présence d'une petite quantité de sang n'a rien qui doive surprendre, car il existe toujours des ulcérations mécaniques, au-dessus de la sténose; si, au contraire, il est abondant, il faudra songer à des ulcérations spécifiques, en voie d'évolution.

On peut rencontrer du *pus*, mais il ne peut être décelé que par analyse; dans les affections du gros intestin, en effet, on le trouve autour des matières fécales avec son aspect habituel; dans celles de l'intestin grêle, il est mêlé, au contraire, au contenu et il est plus ou moins modifié par les sucs digestifs.

Bamberger a appelé l'attention sur le caractère des selles qui, suivant lui, contiennent des *masses de mucus* transparent, qui sont le résultat d'une modification des follicules clos.

La *recherche des bacilles de Koch* a été pratiquée quelques fois. Senn délaye les matières dans de l'eau et examine le résidu. Sawyer recommande d'examiner le mucus rectal, au niveau de sphincter ; la présence de bacilles est un signe certain de tuberculose intestinale (Volkoff).

3^o Signes généraux. — Un obstacle siégeant sur l'intestin grêle doit entraver profondément la digestion et retentir sur l'état général.

L'*amaigrissement* est très rapide et s'accompagne d'une *anémie* véritable. Leonhardi Aster rapporte un cas de tuberculose intestinale ayant évolué avec les caractères de l'anémie pernicieuse. L'*amaigrissement* reconnaît plusieurs causes ; tout d'abord, l'absorption se fait mal, les aliments sont expulsés avec tous leurs principes nutritifs ; de plus, le malade se soumet à une diète volontaire, dans la crainte de voir réapparaître ses accès douloureux ; il existe aussi une stercorémie latente qui amène un affaiblissement progressif. Si l'on joint à tout cela l'infection bacillaire, marquée surtout s'il y a des localisations secondaires, on voit que l'état de ces malades doit devenir rapidement précaire ; Senn, Trêves ont signalé des amaigrissements de 20 kilogs et plus (Obs. 31).

La *température*, si elle est élevée le soir, indique une généralisation pulmonaire ; elle n'existe pas, si la lésion reste localisée à l'intestin.

Les *urines* ne contiennent de l'albumine que si le rein est devenu tuberculeux.

II. — Sténoses multiples.

Le tableau clinique des rétrécissements multiples est des plus complexes. Hofmeister, Erdheim considèrent le diagnostic comme impossible et beaucoup d'auteurs admettent que les symptômes sont les mêmes, qu'il y ait une ou plusieurs sténoses. Dans les deux observations que nous signalons, le diagnostic a été fait une fois ; l'attention, il est vrai, avait été éveillée par un cas analogue, opéré pour sténose intestinale, sans que l'on ait pu préciser le nombre et l'étendue des lésions ; c'est sur l'ensemble des signes que nous avons constatés que nous baserons notre description.

a). *Signes fonctionnels.* — Au début, ils sont les mêmes que précédemment : même variabilité, même caractère insidieux.

Les *accès douloureux*, à la période d'état, semblent moins violents et moins brusques ; il faut, pour qu'ils se produisent, que certaines conditions soient réalisées ; si, en effet, un spasme se produit au niveau d'une sténose intermédiaire, les matières sont déjà fragmentées par la filière sus-jacente et l'intestin, entre deux points rétrécis, se contractera moins violemment. Aussi, faut-il un spasme de l'intestin sus-jacent à la sténose la plus élevée pour réaliser l'accès. Parfois, les rétrécissements sous-jacents peuvent, en même temps, produire une petite crise douloureuse ; on assiste alors aux *coliques étagées*, vraiment bien caractéristiques ; Hochenegg les décrivait sous le nom d'*iléus combiné* ; Kœberlé signale leur existence

chez sa malade ; elles lui auraient permis, dit-il, après avoir constaté la lésion au cours de son opération, de faire le diagnostic, s'il avait songé à l'existence de cette affection. Chez la malade de l'observation 31, la douleur débutait toujours au même endroit, à droite, un peu au-dessous de l'ombilic ; puis lorsqu'elle avait cessé à ce niveau, elle réapparaissait dans l'hypochondre droit, pour revenir ensuite à gauche de l'ombilic ; en même temps, l'abdomen se météorisait à chacun de ces points. Il y avait ainsi trois points d'élection et la succession se faisait toujours dans le même ordre. Le malade peut aussi entendre des bruits musicaux et assister au péristaltisme intestinal.

Les *vomissements* sont moins fréquents que dans les rétrécissements uniques, surtout si la lésion siège à la partie inférieure de l'iléon. Dans l'observation 32, la malade avaient des vomissements bilieux abondants, qui auraient pu faire songer à un rétrécissement duodénal sous-vatérien ; dans ce cas, la sténose la plus étroite siégeait très haut sur le jéjunum.

Les *selles* ont les mêmes caractères décrits plus haut ; la diarrhée est plus fréquente.

2° *Signes physiques*. — Ils ne présentent que quelques différences avec ceux de la sténose unique.

Au moment de l'accès douloureux, on peut voir tous les phénomènes que nous avons observés sur la paroi abdominale ; ce qu'il y a de particulier, c'est que le point douloureux change de place et, avec lui,

les signes physiques qui témoignent des phénomènes se passant du côté de l'intestin ; nous avons vu plusieurs fois, sur la malade de l'observation 31, s'inscrire ainsi, à la surface de son abdomen, les coliques étagées qu'elle ressentait ; on voyait un météorisme local se déplacer, en même temps que le péristaltisme ; au niveau des zones météorisées, on avait du clapotage et du tympanisme.

Slodowski, faisant remarquer qu'au-dessus de toute sténose un peu serrée, l'intestin avait une rigidité tétanique (signe de von Wahl), pense que l'on doit rencontrer, dans les cas de sténoses multiples, cette rigidité en plusieurs points. Il est le seul à mentionner cette particularité ; ce symptôme qu'il signale ne répond pas à celui de l'accès douloureux, décrit plus haut ; la dilatation du segment intestinal, à ce moment, est passagère, étagée, mais non permanente ; il semble que ce signe ne puisse se rencontrer que si les sténoses sont très espacées.

b.) *En dehors de l'accès douloureux*, l'abdomen peut rester ballonné ; on peut avoir un *météorisme localisé permanent*, au-dessus de la sténose la plus serrée ; en général, elle est la plus élevée, en ce point il y aura du clapotage ; si les poches sont multiples (cas de Litten), le clapotage sera perçu en différents endroits ; à la percussion on trouvera de la matité en damier.

Chez un malade de M. Jaboulay (Obs. 82), le clapotage siégeait au-dessus de l'ombilic et répondait à la dilatation de la partie supérieure du jejunum ; il se différenciait du clapotage gastrique en ce

qu'il ne disparaissait pas après un lavage d'estomac.

Hofmeister, Krogius, Monnier ont signalé un signe inconstant : c'est la présence, dans l'abdomen, de petites *tumeurs espacées, mobiles*. « En promenant la main sur l'abdomen, dit Monnier, on sentait nettement de petites masses cylindriques, dures, allongées, inégales. On les rencontrait non seulement dans la fosse iliaque droite, mais dans la région médiane, un peu partout. Ces masses, douloureuses au palper, au point de provoquer des vomissements, étaient mobiles comme des ganglions mésentériques tuméfiés. Le lendemain, on ne les sentait plus là où on les avait rencontrées la veille ». Ce fait est rare, nous ne l'avons trouvé mentionné que trois fois (Volkoff). Il faut, en effet, avoir affaire à des sténoses hypertrophiques, bien mobiles, espacées. En général, les rétrécissements cicatriciels ne sont pas perçus.

Variétés des symptômes. — Ce sont là les principales différences qui existent entre les deux formes ; la description que nous en avons donnée paraît répondre aux faits le plus souvent observés et à la localisation fréquente de l'infection sur la dernière portion de l'intestin ; mais il existe toute une catégorie de lésions qui donnent des symptômes différents.

Le *nombre*, le *degré*, le *siège* des sténoses sont autant de causes qui modifieront la durée, l'intensité, la localisation de l'accès douloureux. Nous avons déjà vu qu'une sténose très serrée de la partie supérieure du jéjunum avait amené des vomissements bilieux presque incoercibles. Borchgrevink

dit que si le rétrécissement siège à la partie supérieure de l'intestin grêle, les accès douloureux n'apparaissent que lorsqu'ont eu lieu les évacuations alvines.

La *nature* des sténoses, si elle ne change pas, dans ses traits principaux, le caractère de l'accès douloureux, atténue ou aggrave les symptômes concomitants. — Si la *forme cicatricielle* prédomine, on aura eu du moelena, des signes d'ulcérations. Si c'est la *forme hypertrophique*, l'état général aura été peu atteint; on trouvera des ganglions mésentériques. — Si c'est une *forme fibreuse d'emblée*, les signes d'occlusion pourront manquer. Piégu, Frænkel ont constaté des rétrécissements peu nombreux, très serrés, qui ne donnaient aucun signe de sténose et qui se caractérisaient seulement par un amaigrissement rapide dû au défaut d'absorption; il semble, là, que l'épithélium intestinal soit détruit et remplacé par un tissu imperméable, mort; c'est alors que l'abdomen est aplati, excavé, le météorisme local très rare, surtout non précédé de douleurs, ce qui indique une atonie du muscle intestinal. — Enfin, toutes les formes pourront se combiner; au milieu de sténoses cicatricielles, hypertrophiques, viendront se placer des lésions entéro-péritonéales.

C. PÉRIODE DE TERMINAISON

Les sténoses intestinales ont une marche *essentiellement chronique*; suivant la résistance du sujet, la durée sera plus ou moins longue; on en a signalé

de dix, quinze ans (Margarucci). Il est impossible de songer à la régression d'une sténose cicatricielle ou fibreuse ; peut-être, dans la forme hypertrophique, il arrive des périodes où l'infection tuberculeuse est arrêtée, mais la prolifération des éléments conjonctifs demeure toujours. En somme, on peut dire que la lésion, une fois constituée, persiste avec tous ses caractères et ne peut que s'aggraver.

Borchgrevink a distingué, dans la marche d'une stricture tuberculeuse quatre périodes : *a*), la première répond au développement des ulcérations ; *b*), la seconde, est la *période compensatrice*, caractérisée par les accès douloureux ; *c*), la troisième, ou *période d'atonie* de l'intestin ; *d*) la quatrième, ou *période d'anémie*. Cette division, trop schématique, est sujette à d'innombrables variations ; la mort, en effet, peut survenir au cours de chacun de ces stades.

Art. II. — Tuberculoses entéro-péritonéales.

Anatomiquement, la tuberculose entéro-péritonéale est caractérisée par l'envahissement simultané du péritoine, de l'intestin, du mésentère ; tandis que chez l'enfant, l'adénopathie mésentérique reste une lésion, surtout ganglionnaire, chez l'adulte, c'est une lésion secondaire, témoignant d'une infection péritonéale ou intestinale. Chez l'enfant, l'intestin se dérobe devant la néoplasie tuberculeuse (Rillet et Barthez), sauf des cas exceptionnels (Wallis, Doppe) ; chez l'adulte, il fait corps avec elle. Cette forme de

tuberculose, complexe dans ses manifestations, présente une symptomatologie encore mal définie, répondant aux lésions si variées que l'on peut rencontrer.

A. — PÉRIODE DE DÉBUT.

Au début, les symptômes sont très insidieux ; ils ressemblent à ceux que nous avons décrits ; le malade, jeune en général, se plaint de troubles digestifs vagues ; il digère mal, vomit parfois, a souvent de la diarrhée, alternant avec de la constipation. L'examen de l'abdomen reste négatif. Disons toutefois, cependant, que l'on est plus porté, dans ces cas, à faire le diagnostic de tuberculose péritonéale au début, plutôt que celui de tuberculose intestinale. Cette période peut se prolonger longtemps ; mais, en général, des symptômes, soit passagers, soit définitifs, ne tardent pas à éclairer le diagnostic.

B. — PÉRIODE D'ÉTAT.

¹⁰ **Signes fonctionnels.** — Les troubles digestifs s'accroissent ; les douleurs se prolongent.

L'accès douloureux n'est pas la règle, il n'existe que s'il y a une lésion intestinale ; mais si les couches externes sont seules envahies, les contractions spasmodiques douloureuses ne se produisent pas. Dans les cas de sténose, le malade ne souffre que par intervalles ; il y a des périodes de calme, après les accès : dans la tuberculose entéro-péritonéale, c'est une gêne, une douleur profonde, constante, qu'il

éprouve; les aliments passent difficilement, à travers ces défilés intestinaux, par leur propre poids ou sous l'influence d'une contraction intestinale normale, au lieu d'être chassés violemment. Aussi, le malade accuse-t-il un météorisme permanent; il n'a pas entendu de bruits musicaux à l'intérieur de l'abdomen; *il souffre toujours, il vomit souvent.*

Le diagnostic, on le comprend, demeure longtemps hésitant; on songe encore à une tuberculose péritonéale. L'apparition des signes physiques permet de localiser l'affection.

II. *Signes physiques.*

a). *A l'inspection* de l'abdomen on remarque un météorisme généralisé; s'il existe, cependant, une masse volumineuse à l'intérieur de l'abdomen, elle peut faire, sous la paroi, une saillie plus ou moins marquée.

b). *La palpation superficielle* n'est pas douloureuse, le ventre est souple, dépressible, même au moment des douleurs.

Widerhofer a signalé, chez l'enfant, l'existence, sous la peau de l'abdomen et sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, de petits noyaux durs, roulant sous le doigt, et qui ne seraient que des ganglions lymphatiques tuméfiés en voie de suppuration; ce signe, contesté déjà chez l'enfant, n'a jamais été signalé chez l'adulte.

c). *La tumeur.* — 1^o *Sa recherche.* — La palpation profonde de l'abdomen permet de reconnaître la présence d'une tuméfaction abdominale anormale; on la

délimite assez facilement. Elle siège, en général, dans la région ombilicale ou à son voisinage; on la rencontre aussi dans la fosse iliaque droite.

Obrastow a indiqué certaines règles nécessaires pour la *palpation de l'iléon* à ce niveau. « On se sert, dit-il, des quatre derniers doigts de la main droite, tenus perpendiculairement au grand axe de l'anse intestinale à explorer. Comme ce grand axe se dirige du bassin vers le cœcum, à peu près parallèlement à l'arcade de Fallope (il s'agit de la portion terminale de l'iléon), la ligne de direction des doigts doit être perpendiculaire à ce ligament, car il existe 7 centimètres entre l'épine iliaque antéro-supérieure droite et l'iléon au point où cette anse rencontre la ligne inter-épineuse. Ayant mesuré cette distance, il suffit de plonger les doigts dans la fosse iliaque, au niveau du point déterminé, pour trouver l'anse en question ».

2° *Ses caractères.* — C'est une tuméfaction de volume variable; le plus souvent elle a les dimensions du poing; d'autres fois, elle atteint celles d'une tête d'adulte. Ses contours sont irréguliers, ne répondant à la forme d'aucun viscère. Sa consistance est inégale, certaines parties sont dures, rénitentes, douloureuses; d'autres sont dépressibles; les premières répondent aux ganglions mésentériques, les secondes, aux anses intestinales emprisonnées à l'intérieur de la tuméfaction et venant, par endroits, se mettre en rapport avec la paroi.

d). *A la percussion* on a une *matité en damier*, rappelant celle de certaines formes de tuberculose

péritonéale; les anses intestinales, superficielles, sont sonores; cette sonorité peut disparaître en quelques instants, si l'anse s'affaisse; cette irrégularité des résultats fournis par la percussion est un signe important. On peut se rendre compte de ce fait en laissant la main appliquée sur la paroi; on ne perçoit pas de péristaltisme, car les anses sont immobilisées plus ou moins, mais on sent un *soulèvement et un affaissement alternatifs*, répondant à des changements de volume de l'anse sous-jacente. Si la tumeur est petite, ces changements de volume sont inappréciables; chez le malade de l'observation 88, ils étaient très nets.

e). *La recherche des ganglions mésentériques*, isolés de la masse principale, est difficile. Obrastow la pratique de la même façon que celle de l'anse intestinale.

Rapports de la tumeur avec les organes voisins. — En général, cette tuméfaction reste isolée de la paroi; elle y adhère parfois, notion importante, au point de vue de la prudence que l'on doit apporter dans l'incision de la laparotomie; on peut avoir même de la fluctuation, signe d'une fistule purulente ou pyo-stercorale prochaine.

Profondément, on rencontre toujours des adhérences, la tumeur est fixée à droite de l'abdomen ou dans la fosse iliaque; les adhérences à la vessie, aux autres viscères ne sont souvent révélées que pendant l'opération, les signes cliniques peuvent rarement les faire soupçonner.

Localisation pelvienne de la tumeur. — C'est à droite, au voisinage du cœcum ou de l'ombilic, que

se fait la localisation la plus fréquente ; une autre forme, qui rappelle l'appendicite pelvienne, peut envahir l'excavation. L'observation recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Pollosson, et rapportée par notre ami, M. Laroyenne, en est un exemple : on a le tableau clinique d'un pyo-salynx ; c'est, en somme, la forme *fibro-caséeuse de la péritonite tuberculeuse* du petit bassin, décrite par M. Condamin. Mayo en a rapporté un cas semblable. Il s'agissait d'une tuberculose du grêle ; l'intestin adhérait à l'S iliaque et offrait les caractères d'une pelvi-péritonite. Frank a vu un double pyo-salynx avec tuberculose de l'intestin grêle ; on voit combien le diagnostic est compliqué. La palpation abdominale ne fournit pas de renseignements précis. Seul le *toucher vaginal*, le *toucher rectal* pourront faire connaître la localisation anatomique de la lésion ; les antécédents en détermineront l'origine et la nature ; chose difficile, surtout lorsqu'une perforation a eu lieu (Obs. de Laroyenne) ; une péritonite circonscrite en est la conséquence et le diagnostic seul de collection pelvienne est possible.

Du reste, le *toucher vaginal* est recommandé par Vohtz et Senn ; dans tous les cas, on peut sentir, dans le cul-de-sac vaginal des masses indurées qui pourront faciliter le diagnostic. Bier, par le *toucher rectal*, en a perçu dans un cas de tuberculose isolée de l'intestin grêle (Obs. 34).

C. — PÉRIODE DE TERMINAISON

La marche de cette affection est également progressive. L'*anémie* est moins accusée que dans la sténose, le malade souffre moins et mange davantage. Par contre, l'*infection tuberculeuse* est plus marquée; la généralisation se fait plus facilement, les ganglions, barrières de l'infection, étant eux-mêmes envahis; il y a de la température vespérale, des sueurs nocturnes, de l'albuminurie, souvent les sommets sont pris. Les foyers secondaires se trouvent souvent. Ici, nous avons affaire à des malades plus tuberculeux que les précédents, aussi la recherche de tous les signes d'infection secondaire s'impose-t-elle davantage avant de prendre une décision chirurgicale.

Abandonnée à elle-même, l'affection aboutit fatalement à la mort, soit par tuberculose généralisée, soit par une des complications suivantes.

Art. III. — Complications

La symptomatologie des complications signalées déjà au point de vue anatomo-pathologique ne nous retiendra pas, car elle n'offre rien qui soit spécial. Nous en retiendrons deux seulement : l'*occlusion aiguë* et la *perforation*.

¹⁰ L'*occlusion aiguë* peut survenir à toutes les périodes. Parfois elle est passagère, si le spasme

vient à céder, et constitue un accès douloureux prolongé. Parfois elle est durable et la stercorémie survient rapidement chez des sujets affaiblis. On ne peut faire, sur le vivant, que le diagnostic du syndrome, la cause ne sera, le plus souvent, vue qu'au cours de l'intervention.

2) La **perforation** a été signalée, mais ici, il faut distinguer nécessairement: la perforation dans une partie de péritoine, limité par des adhérences, ou la perforation dans un péritoine sain.

a) *S'il y a des adhérences*, la perforation se fait sans signe nouveau: c'est même l'évolution ordinaire des tuberculoses entéro-péritonéales; il se forme un abcès froid, péri-intestinal; la circulation des matières peut même se faire plus aisément, si certains points sténosés ont été détruits par la suppuration et si une communication a été établie entre deux anses voisines; c'est alors qu'il faudra rechercher le pus dans les selles. L'abcès évoluant peut s'ouvrir en différents endroits. Souvent, c'est au niveau de l'ombilic, ou dans la fosse iliaque, que l'on voit la paroi s'indurer, faire corps avec la tumeur; la peau rougit, s'amincit, s'ulcère; du pus mal lié s'écoule à l'extérieur: les matières fécales ne tardent pas à le suivre, et une *fistule pyostercorale* est constituée. D'autres fois, l'abcès vient faire saillie dans le cul-de-sac postérieur ou s'ouvrir dans la vessie. L'état général s'affaiblit alors très vite, l'intervention ne doit pas être différée, si on la juge encore possible.

b) *S'il n'y a pas d'adhérences*, la perforation s'effectue dans le péritoine libre.

Deux types cliniques ont été décrits par Oppenheim et Laubry. Tantôt il s'agit d'un tuberculeux intestinal avancé, qui, au cours d'une poussée aiguë, fait une chute brusque de la température; le ventre demeure presque insensible; il est météorisé, sonore; le pouls, dont il faut toujours tenir grand compte dans les affections péritonéales, devient faible et rapide; sur ces seuls signes le diagnostic doit être porté. Tantôt, un malade qui n'avait eu souvent que peu ou pas de signes de tuberculose intestinale, ressent une vive douleur abdominale et présente le tableau clinique d'une péritonite par perforation (météorisme, disparition de la matité hépatique, pouls faible et rapide, etc.); Oppenheim, Van Engelen, Baugmarten en ont rapporté des cas. Le diagnostic ne laisse pas d'être délicat pour savoir s'il y a occlusion ou perforation; d'autant plus que les deux causes (Letulle) peuvent être réunies. Barbe a donné des signes distinctifs des deux lésions; la douleur, dans les cas de perforation, est vite généralisée et demeure superficielle; dans l'occlusion, elle est profonde, paroxystique; les selles, dans les péritonites, ne sont jamais supprimées complètement et les vomissements deviennent rarement fécaloïdes, comme dans l'occlusion.

IV. — Diagnostic

Le diagnostic exact des formes de la tuberculose intestinale est des plus difficiles; il faut un examen systématique et complet, pour arriver à des données

qui serviront au traitement ; c'est surtout ces préliminaires des indications opératoires que nous mettrons en relief. Trois questions se posent au clinicien : 1. *Y a-t-il une sténose* ; 2. *Quelle est sa nature* ; 3. *Quel est son siège*.

A. — Y A-T-IL UNE STÉNOSE

Valeur des signes fonctionnels. — Il est rare que les signes fonctionnels soient suffisants pour permettre d'affirmer la sténose, puisqu'ils se présentent avec une variabilité parfois décevante, suivant son siège, son degré, sa nature ; la fluidité des matières au niveau de l'intestin grêle retarde leur apparition ; tantôt on aura une diarrhée profuse, tantôt une constipation opiniâtre. Si le malade s'analyse attentivement, le récit de l'*accès douloureux* acquiert une grande importance ; à ce moment, on doit avoir l'attention attirée vers l'existence possible d'une sténose : il faut la chercher, souvent longtemps.

Importance des signes physiques. — C'est aux signes physiques qu'il faudra demander la confirmation de l'idée d'une sténose ; eux seuls peuvent permettre d'affirmer. Disons, de suite, que leur recherche est difficile, laborieuse.

a). *Le péristaltisme, accompagnant un accès douloureux franc*, ne saurait laisser de doute ; le syndrome de Koenig est des plus nets. Mais, si l'accès douloureux est peu marqué, s'il ressemble à des coliques simples, il faut s'appuyer sur la fixité de

son siège, rechercher le péristaltisme à ce niveau avec grand soin, attendre, se rappeler qu'un écart de régime peut le provoquer. Lorsqu'on l'a constaté, il est facile de le différencier du péristaltisme stomacal, allant de la région splénique aux fausses côtes droites, ou du péristaltisme du gros intestin, dirigé du cœcum vers le colon ; le péristaltisme de l'intestin grêle siège au voisinage de l'ombilic ; ses ondes sont moins étendues, plus déformées que les précédentes.

b). *La dilatation d'une partie de l'intestin grêle avec clapotage* devra aussi être recherchée ; le clapotage est perçu longtemps après le repas ou le matin à jeûn. Ce clapotage est peu étendu et siège au voisinage de l'ombilic ; il est nécessaire de le différencier du clapotage gastrique, et, pour cela, il faut évacuer l'estomac pour éviter les causes d'erreur ; le clapotage cœcal ou colique sera rarement confondu.

c). *La perception d'une tumeur ou de ganglions* est de la plus haute importance. Si la tumeur est facilement perceptible, on reconnaîtra qu'elle siège sur l'intestin grêle, par sa situation péri-ombilicale, sa mobilité. On devra rechercher les ganglions par le toucher vaginal ou le toucher rectal, la palpation profonde des fosses iliaques. Nous laissons de côté la tumeur tuberculeuse véritable, toujours perceptible et dont nous reparlerons plus loin.

Ces trois signes principaux permettront d'établir, d'une façon à peu près sûre, le diagnostic de l'existence d'une sténose de l'intestin grêle, lorsque les signes d'occlusion auront une allure chronique ; on

fera l'insufflation de l'estomac ou du gros intestin (Rhen, Korte), on pratiquera le toucher rectal, pour éliminer d'une façon certaine l'idée d'une sténose de l'estomac ou du gros intestin.

Si les accidents d'occlusion sont aigus, les signes physiques sont masqués; tout au plus, la diminution de la quantité des urines (Barlow), l'absence de clapotage cœcal pourront faire supposer le siège de l'obstacle. Dans les formes que nous envisageons, le début des accidents est rarement brusque; il y a eu toujours auparavant des troubles digestifs, des accès douloureux, de la diarrhée, tous signes qui mettront sur la voie; de plus, l'occlusion est rarement complète, la douleur jamais très vive. Pour toutes ces raisons, l'idée d'un étranglement, d'une péritonite par perforation, sera écartée. Seules, les occlusions paralytiques, survenant au cours de certaines infections péritonéales, notamment la tuberculose péritonéale, sont difficiles à différencier; on trouve aussi, dans ces cas, des antécédents digestifs, quelques accidents péritonéaux; l'occlusion n'est pas absolue; seule la laparotomie pourra trancher la question.

Ainsi donc, dans les formes aiguës, il sera difficile, sans examens antérieurs, de reconnaître la sténose de l'intestin grêle; dans les formes chroniques, le péristaltisme, le clapotage, l'existence d'une tuméfaction, mettront sur la voie. C'est dans ce dernier cas que l'examen devra être attentif et prolongé. Ce sera sur la constatation de l'un de ces signes que l'on jettera les bases d'une intervention.

B. — QUELLE EST SA NATURE

L'existence d'une sténose de l'intestin grêle étant reconnue, il faut en chercher la nature.

Il faudra songer à la tuberculose lorsque l'affection aura eu une marche chronique, avec poussées aiguës intermittentes (diarrhée parfois sanguinolente) lorsqu'on aura affaire à un adulte, plutôt qu'à un enfant ou un vieillard; lorsque l'hérédité, les antécédents personnels seront douteux; la constatation de lésions du poulmon ne permettra plus de doute.

Au point de vue clinique, la question doit être envisagée à un double point de vue, suivant que l'on ne constate pas de tumeur véritable (on a alors la forme sténosante pure), suivant que l'on constate une tuméfaction appréciable (tumeurs tuberculeuses).

I. — Il n'existe pas de tuméfaction ou une tumeur peu appréciable.

Dans ce cas, le diagnostic est à faire avec toutes les sténoses de l'intestin grêle; elles peuvent être extra-intestinales ou pariétales.

1^o *Sténoses extra-intestinales*. — Les sténoses extra-intestinales peuvent être provoquées par la présence d'une *tumeur abdominale*, comprenant l'intestin; si la tumeur n'est que peu perceptible, le diagnostic sera difficile; sinon, il sera simplifié beaucoup. — D'autres fois, ce sont des *brides*, des *agglutinations anormales* d'anses entre elles, signalées par Lejars, au cours de la péritonite tuberculeuse; le

diagnostic est des plus délicats, d'autant plus qu'aux symptômes des lésions tuberculeuses intestinales s'ajoute souvent le tableau d'une réaction péritonéale plus ou moins marquée; il arrive un moment où les deux formes se confondent et arrivent à constituer les tuberculoses entéro-péritonéales.

Un point qui facilitera beaucoup le diagnostic d'une sténose extra-intestinale, est l'étude des caractères des troubles digestifs; ordinairement, les douleurs sont moins vives, le péristaltisme, le clapotage sont moins marqués; par contre, les vomissements sont fréquents, indice d'une réaction péritonéale. L'étude du segment sus-jacent à une sténose nous donne la clef de cette atténuation des signes de sténose, même si le calibre de l'intestin est très diminué. Tant que la lésion demeure en dehors de l'intestin, la paroi demeure intacte; il n'y a que quelques contractions plus violentes, intermittentes, destinées à faire cheminer les matières à travers le point le plus rétréci. Il peut arriver à la longue que la paroi se prenne, se sclérose, s'infiltré; ce processus ira en s'étendant, gagnera le muscle qui, violemment et constamment irrité, se contractera davantage et amènera l'accès douloureux. Dans ces cas mixtes, le diagnostic devient impossible.

2^o *Sténoses pariétales*. — Lorsque la lésion siège sur la paroi même, les signes de sténose sont aussi marqués; le malade arrive à un état de dénutrition rapide, ce qui a pu simuler une anémie pernicieuse ou une cachexie néoplasique. Il ne faudra que peu compter sur les signes physiques pour déceler

l'origine tuberculeuse; c'est l'étude des commémoratifs, de la marche qui fournira le plus grand nombre de renseignements.

Les sténoses pariétales de l'intestin grêle sont ou congénitales, inflammatoires, spécifiques, néoplasiques ou dues à des corps étrangers.

a) *Sténoses congénitales.* — Elles se trouvent surtout au niveau du duodénum ou de la terminaison de l'intestin grêle; elles se révèlent ordinairement chez l'enfant; cependant Lardennois rapportait en 1898 (*Soc. anat.*), le cas d'une sténose congénitale du duodénum, qui s'était signalée seulement chez l'adulte.

A côté de ces sténoses, on peut placer celles qui sont dues au diverticule de Meckel et qui offrent ordinairement le tableau d'une invagination; la coexistence d'une malformation congénitale a pu quelquefois mettre sur la voie.

b) *Sténoses inflammatoires.* — On a décrit des *rétrécissements fibreux simples*, primitifs, ou succédant à la cicatrisation d'ulcérations regardées comme de cause banale: dans certains cas, ces ulcérations auraient succédé à des *traumatismes*. Sans rejeter complètement leur existence, leur étude n'est pas encore assez avancée pour avoir une opinion; c'est un diagnostic histologique; au sujet des formes hypertrophiques, nous avons vu que la tuberculose pouvait guérir sans laisser de traces (Borchgrevink), et beaucoup d'auteurs n'hésitent pas à faire de ces rétrécissements des lésions tuberculeuses complètement guéries.

Les rétrécissements d'origine herniaire sont plus fréquents et leur existence est incontestable (Nicaise, Schultz, Garré, Goullioud, Jaboulay) ; la connaissance d'une hernie antérieure devra toujours y faire songer.

Les rétrécissements, succédant aux cicatrices d'ulcération par *invagination*, avec élimination du bout invaginé, sont rares. Roser, Braun en ont signalé des cas. Trèves, Leichtenstern, qui ont étudié l'*invagination chronique*, admettent qu'elle est fréquente surtout chez l'enfant. Tout récemment (*Ann. des Maladies de l'Enfance*, 1901) nos amis MM. Grange et Hau signalaient un rétrécissement de la partie inférieure du gros intestin, suite d'une invagination ; le diagnostic de l'affection demeura longtemps en suspens, jusqu'à ce que l'élimination du boudin invaginé vint lever tous les doutes. D'après Marguarucci, l'état général, les antécédents devront y faire songer.

La question se complique, au point de ne pouvoir être résolue, lorsque l'invagination apparaît comme une complication des lésions tuberculeuses intestinales.

c) *Sténoses spécifiques*. — La *fièvre typhoïde*, avec ses ulcérations peu profondes et longitudinales n'amènera pas de sténose et on n'aura pas à compter avec elle.

La *dysenterie* siège surtout sur le gros intestin ; cependant Stedmann rapporte un cas de sténoses multiples (5) de l'intestin grêle, d'origine dysentérique

Restent surtout les *sténoses syphilitiques*; signalées surtout au niveau du gros intestin, on les a rarement rencontrées sur l'intestin grêle. Eberth, Roth, Beer, Leudet ont rapporté des cas que Johnson et Wallis regardent comme étant probablement tuberculeux. Reach rapporte douze cas de sténoses syphilitiques de l'intestin grêle; Forssmann signalait trois rétrécissements syphilitiques de l'intestin grêle chez une femme de 23 ans. Les lésions qui ont été décrites au point de vue histologique ressemblent à celles regardées comme simplement inflammatoires: la question est loin d'être tranchée.

d). *Sténoses néoplasiques*. — Sans être très fréquent, le *cancer de l'intestin grêle* (carcinome, le plus souvent), se rencontre parfois. C'est avec la tuberculose hypertrophique, qu'il peut être le plus facilement confondu, en raison de la présence d'une tuméfaction perceptible. Il faudra se baser sur l'âge du malade, l'évolution beaucoup plus rapide de l'affection; la marche du cancer est progressive, sans période de repos; l'état général s'affaiblit rapidement; les hémorragies intestinales sont plus abondantes, plus fréquentes; les signes de sténose moins marqués.

c). *Sténoses dues à des corps étrangers*. — Les *calculs biliaires* peuvent amener une obstruction intestinale, complète ou incomplète, parfois sans qu'il y ait eu de signes antérieurs de lithiase biliaire.

Les *polypes* de l'intestin grêle peuvent aussi amener de l'invagination.

II. — Il existe une tuméfaction appréciable

En général, le diagnostic d'une tumeur tuberculeuse chez l'adulte est facile ; l'état général est presque toujours atteint, on rencontre des foyers de tuberculose secondaire ; l'existence de diarrhée sanguinolente, de troubles intestinaux fera supposer l'envahissement de l'intestin.

On pourra rencontrer des *kystes du mésentère*, des *lipomes du mésentère* qui simuleront au premier abord la tumeur tuberculeuse ; la conservation de l'état général, l'existence d'une tumeur *mobile*, saillante vers l'ombilic feront éviter l'erreur. Certaines *tumeurs malignes du mésentère*, primitives ou secondaires, pourront parfois être confondues ; elles sont très rares ; leur évolution, l'absence de lésions intestinales leur donneront un caractère spécial.

Chez l'enfant, le diagnostic est plus délicat, en raison de l'envahissement presque exclusif des ganglions mésentériques. Nous avons vu, avec notre maître M. le professeur Fochier, chez une enfant de 12 ans, un cas de lymphangiome du mésentère, qui aurait pu prêter à confusion avec l'adénopathie mésentérique : la tumeur était mobile, siégeant à la région ombilicale, avec des zones alternantes de matité et de sonorité ; l'âge cependant était contre cette hypothèse : l'augmentation brusque de la tumeur avec l'apparition des signes d'occlusion firent modifier le diagnostic. On trouve, à l'ouverture de l'abdomen, des kystes multiples, séreux, du

mésentère entourant l'intestin ; dans l'un, une hémorragie s'était produite.

Comme il n'est indiqué d'opérer chez l'enfant, qu'en présence de signes de sténose, le diagnostic exact a moins d'importance.

C. — QUEL EST SON SIÈGE.

La connaissance du siège de la sténose est moins importante à connaître.

Les *sténoses duodénales sus-vatériennes* offriront tous les caractères d'une sténose pylorique ; si la *sténose est sous-vatérienne*, les vomissements bilieux seront un moyen de diagnostic ; on conçoit qu'une sténose siégeant à la partie supérieure de l'iléon, les signes soient les mêmes. Même si l'on songe à la nature tuberculeuse de l'affection, on ne devra pas éliminer le duodénum. (Obs. de Villard).

Pantaloni admet qu'un *rétrécissement de la partie inférieure de l'iléon* amène des douleurs peu vives, parce que les matières sont plus réduites et le passage à travers le point rétréci plus facile.

Borchgrevink regarde comme un signe de *rétrécissement de la partie supérieure de l'iléon*, l'apparition de crises douloureuses après les évacuations alvines ; dans ce cas, l'accès douloureux n'est que la suite de la contraction qui vient de chasser les matières fécales. Il ne s'agit là que de probabilités.

Diagnostic du nombre des strictures. — Ce diagnostic a été reconnu longtemps comme impossible ; nous ne reviendrons pas sur l'ensemble

des sigens physiques, indiqués plus haut; les *accès douloureux étagés*, le *péristaltisme étagé*, la *sensation de tumeurs multiples*. Aujourd'hui que l'affection est mieux connue, il semble que le diagnostic ne soit pas impossible dans tous les cas.

C'est là un exposé schématique des difficultés du diagnostic; en pratique, elles sont très grandes, et se présentent sous des aspects si multiples dont la seule lecture des observations peut donner une idée. Il importe surtout, comme le recommande M. le P^r Poncet, de faire des *diagnostics d'intervention*, d'analyser les signes que révèle l'examen et de rappeler les symptômes qu'ils occasionnent; c'est dans l'étude des indications opératoires que nous insistons sur ce point.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Observations de rétrécissements multiples tuberculeux de l'intestin grêle, non opérés (1).

OBS. 3, CORBIN, 1830 (*Arch. gén. de Méd.*, 1830, t. 24, p. 215). — H..., 25 ans, accès d'occlusion aiguë sans prodromes; nouvelle crise dix jours après. Mort. Autopsie : 3 rétrécissements de la fin de l'iléon.

OBS. 4, PIÉGU, 1844 (*Soc. An.*, 1844). — F..., 12 ans, dou-

(1) La description anatomo-pathologique et symptomatique qui a été faite, n'est pas uniquement basée sur ces observations, mais aussi sur celles qui sont publiées plus loin. Nous avons systématiquement laissé de côté ce qui se rapporte à la tuberculose cœcale; beaucoup d'observations classées sous le nom de tuberculose de l'intestin grêle devraient être attribuées au cœcum.

leurs intestinales depuis deux ans. 3 rétrécissements tuberculeux de l'intestin grêle.

OBS. 5 et 6, LANCEREAUX, 1859 (*Soc. An.*, 1859, p. 269). — *a*). H..., 18 ans, douleurs abdominales depuis deux ans; diarrhée, météorisme localisé; mort de cachexie. A l'autopsie: 3 rétrécissements de l'intestin grêle; ancienne lésion pulmonaire. — *b*). F..., 45 ans, rétrécissements multiples de l'intestin grêle avec ulcérations; méconnus pendant la vie.

OBS. 7, DUMONTPALLIER, 1862 (*Soc. Biol.*, 1862. — H..., 35 ans; symptômes intestinaux datant de trois mois; signes d'étranglement interne; mort. Rétrécissements multiples de l'iléon avec perforation.

OBS. 8 et 9, LEUDET, 1874 (*Clin. Méd. de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, p. 138). — *a*). Femme morte d'occlusion intestinale. Rétrécissement de la partie supérieure de l'iléon. Tuberculose pulmonaire. — *b*). H..., 42 ans, diarrhée depuis 7 ans: 7 rétrécissements de l'intestin grêle.

OBS. 10, ISRAEL, 1882 (*Charité Annalen*, 1884). — Rétrécissements multiples de l'intestin grêle non soupçonnés dans la vie.

OBS. 11 et 12, LITTEN, 1881 (*Zeit. f. Klin. Med.*, 1882, Bd II, p. 702). — *a*). H..., 25 ans, diarrhée, troubles intestinaux; matité en damier; on croit à une péritonite tuberculose. A l'autopsie: 6 poches intestinales, ressemblant à l'estomac, séparées par des rétrécissements infranchissables; elles n'avaient aucune adhérence; leur déplacement amenait des variations de matité. — *b*). F..., 45 ans. Signes d'occlusion. Rétrécissements multiples de l'iléon.

OBS. 13, SEYMOUR J. SARKAY, 1883 (*Transact. of the Path. Soc. of London*, 1883, p. 204). — F..., 33 ans, morte d'érysipèle à la face; avait présenté des troubles intestinaux. A l'autopsie: rétrécissements multiples de l'intestin grêle; l'examen microscopique ne révéla aucune lésion tuberculeuse; l'auteur croit à des lésions inflammatoires simples;

l'examen d'une trompe démontra la présence de cellules géantes et de caséification caractéristique.

OBS. 14, BRINTOWE, 1883 (*Transaction of the Path. Soc. of London*). — F..., 32 ans, diagnostic de péritonite : 2 rétrécissements de l'intestin grêle, l'un au début, l'autre à la fin.

OBS. 15, MEYER, 1886 (Inaug. dissert. Heidelberg, 1886). — H..., 36 ans, douleurs abdominales depuis longtemps; signes d'obstruction intestinale : 2 sténoses de l'intestin grêle; l'une à 3 m. 15; l'autre à 4 m. 15 du pylore.

OBS. 16, HANDFORD, 1888 (*Transact. of the Path. Soc. of London*). — H..., 17 ans, selles sanglantes depuis cinq mois; melœna; diarrhée intermittente; introduction par le rectum d'une sonde en gomme; perforation; mort de péritonite. Autopsie : a). Le pelvis est occupé par une masse caséeuse, dure; rétrécissement du gros intestin, long de 5 centim., commençant à 9 centim. de l'anus; b). 2 rétrécissements sur le milieu du jéuno-iléon; ulcération imminente protégée par une masse mésentérique indurée; c). rétrécissement sur l'iléon à 30 centim. de la valvule. Examen microscopique; les lésions indiquées sont celles de la tuberculose hypertrophique.

OBS. 17, BAR, 1888 (*Marseille Médical*, 1888). — F..., 19 ans, tuberculose, diarrhée, vomissements, météorisme : rétrécissements multiples de l'iléon.

OBS. 18, HUDSON, 1888 (*Trans. of the Path. Soc. of London*, mars 1888). — H..., 17 ans, tuberculose entéro-péritonéale; rétrécissements multiples de nombre indéterminé.

OBS. 19, GIRODE, 1888 (Th. Paris, 1888, obs. 24). — H. 27 ans, tuberculeux; crises diarrhéiques. A l'autopsie : 3 rétrécissements de l'iléon, espacés de 10 centim., ganglions mésentériques; traînées de lymphangite.

OBS. 20. DARRIER, 1890 (Soc. anat. 1890). — F., 26 ans,

lupus de la face; depuis longtemps, constipation, coliques, douleurs, diarrhée. A l'autopsie, 7 rétrécissements de l'intestin grêle, le premier siégeant à 2 m. au-dessous du duodénum. L'examen histologique semble montrer qu'il s'agit de tuberculose hypertrophique; cette opinion est cependant parfois contestée.

OBS. 21. POTHERAT, 1892 (*France Médicale*, 1891, p. 609). — F., 17 ans; deux ans avant, constipation; phlegmon de la fosse iliaque; péritonite par perforation. A l'autopsie, 4 rétrécissements sur les 35 derniers centimètres de l'iléon; la perforation siège au niveau de l'un d'eux; le cœcum est dur, ses parois sont infiltrées; la nature tuberculeuse des lésions est démontrée par l'examen microscopique.

OBS. 22. HOMEN, 1893 (*Centr. f. Allg. Path. u. path. anat.*, 1893, p. 1901). — A l'autopsie d'un sujet, 6 rétrécissements sur l'intestin grêle, au milieu et à la fin.

OBS. 23. FRÆNCKEL, 1896 (*Munch. med. Woch.*, 1896, p. 665). — A l'autopsie d'un sujet qui n'avait eu aucun symptômes, 8 sténoses de l'iléon; la première à 1 m. 77 de la valvule de Bauhin, jusqu'à 61 cm. plus bas.

OBS. 24. BORCHGREVINCK, 1898 (*Worck Mag. f. Lægeselskaben*, 1898, in *Sem. médicale*. Février, 1898). — H., 59 ans. En 1895, douleur très vive dans l'abdomen; colique, météorisme; tympanisme, sauf à droite de l'ombilic, où il y avait une distension locale avec matité. Accès douloureux avec bruits musicaux. Mort de cachexie deux ans après. — Autopsie. 4 rétrécissements de la partie supérieure de l'iléon, sur une longueur de 15 cm. A l'examen microscopique, granulations et cellules géantes; bacilles de Koch.

OBS. 25. BARD, 1898 (*In Th. Bernay*. Lyon, 1899. Obs. 2 et 3). — H., 47 ans. En 1895, coliques, accès douloureux typiques. Péritonite ultime. — A l'autopsie, 3 rétrécissements de l'intestin grêle, avec des ulcérations nombreuses; ils siègent au-dessus du cœcum; celui-ci est sain. — A l'examen

microscopique, on trouve une infiltration tuberculeuse à tendance nodulaire, dans toutes les couches, sauf la muqueuse ; ébauches de cellules géantes, sans que l'on en rencontre pourtant de typiques.

OBS. 26. CRIEKX (Soc. de Med. belge, 1895). — 4 rétrécissements sur les 56 derniers cm. d'iléon.

BIBLIOGRAPHIE

(Relative à l'anatomie pathologique et aux symptômes) (1)

- BARBE. — Th. Paris, 1895 : Perforations aiguës de l'intestin grêle.
- BARKER. — *The Lancet*, juillet 1900 : Anémie pernicieuse consécutive à un rétrécissement de l'intestin.
- BAUMGARTEN. — Volkmann's Klinische Vorträge, n° 218 et *Centralb. f. Klin. Med.*, 1884 : Ueber latente Tuberculose.
- BERGER. — *Clin. Chirurg.*, 1897.
- BERNAY. — Th. Lyon, 1899 : Sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle.
- BESNIER. — Article *Ganglions mésentériques* (Dict. Encyclop.).
- BESANÇON et LAPOINTE. — *Presse Médicale*, 18 mai 1898, p. 265 : Tuberculose intestinale à forme hypertrophique.
- BILLROTH. — *Wiener Klin. Woch.*, 1891 : Lésions inflammatoires du cœcum et de l'iléon.
- CAUSSADE et CHARRIER. — *Arch. gén. de Méd.*, 1899, t. I, p. 410 : Tuberculose hypertrophique.
- CHRISTAENS. — Th. Lille, 1897-1898 : Occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse.
- CHAVANNAZ. — *Journal Méd. Bordeaux*, 1897, p. 271 : Tuberculose hypertrophique.
- GIUTI. — *Rivista critica di clinica medica*, mars 1900, n° 10, p. 193.

(1) Les auteurs cités dans la bibliographie de la thérapeutique chirurgicale ont, pour la plupart, donné également des détails sur la symptomatologie et l'anatomie pathologique.

- CLAUDE. — *Soc. Biol.*, 1898, p. 1110 : Tuberculose hypèrtr. non sténosante du gros intestin.
- COLMAN. — *British Med. Journal*, 1893, VII.
- COURTOIS-SUFFIT. — *Traité médecine Charcot-Bouchard* : Tuberculose péritonéale.
- DEGUY. — *Journal des Praticiens*, 1896, p. 820 : Tub. int. primitive à forme typhoïde.
- DOBROKLONSKI. — *Arch. Med. exp.*, 1890.
- EISENHART. — *Inaug. Dissert.*, Munch., 1891 : Ueber die Häufigkeit und Vorkommen der Darmtuberkulose.
- GAILLARD. — *Médecine Moderne*, 1896, p. 736 : Formes cliniques de la tuberculose intestinale.
- GARRÉ. — *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1892-1893, tome 9, p. 187 : Sur une forme de rétrécissement cicatriciel après étranglement.
- GÉRARD-MARCHAND et DUMOULIN. — *Revue Gyn.*, 1899 : Rétrécissement inflammatoire du segment iléo-cœcal.
- GIRODE. — *Th.* Paris, 1888 : L'intestin des tuberculeux.
- GROSSER. — *Inaug. Dissert.* Tubingen 1900 : Ein fall von primäre Darmtuberkulose.
- HATTUTE. — *Gaz. Hôp.*, 1874, p. 859 : Rétrécissement tuberculeux du duodénum.
- HÉRITIER. — *Th.* Lyon, 1899 : Occlusion intestinale et péritonite tuberculeuse.
- HONING. — *Inaug. Dissert.*, Bonn, 1885 : Ueber das Auftreten der bacillen bei Darmtuberkulose.
- HESCHL. — *Wien. med. Woch.*, XXX 1880 : Mechanick der diastatuchen Darmperforationem.
- FÉLIX. — *Th.* Paris, 1900 : Les rétrécissements tuberculeux de l'intestin grêle et leur traitement.
- FISCHER. — *Arch. f. exp. Path. und Pharm.*, Bd. 20, 1886.
- FLEXNER. — *John Hopkins Bull.*, t. IV, p. 13 : Tuberculose primitive de l'intestin.
- FORSMANN. — *Beitr. z. Path. anat. u. z. allgm. Path.*, 27-2 : Sténoses syphilitiques de l'intestin grêle.
- FRIES. — *Inaug. Diss.* Munch., 1895 : Ueber primäre Darmtuberkulose.
- ITIÉ. — *Th.* Montpellier, 1898 : Tuberculose intestinale hypertrophique.
- KIRKOROFF. — *Arch. russes de pathologie*, octobre 1898, p. 391 : Tuberculose du duodénum.
- KROVER. — *Gazeta Botkina*, 1/13 mars 1900, n° 9, p. 378 : Contribution à l'étude des rétrécissements multiples de l'intestin.

- LAROYENNE. — *Soc. des Sc. méd., Lyon*, 1901 : Rétr. tuberculeux de l'intestin grêle.
- LETULLE. — *Presse Méd.*, août 1895 : Perforations de l'intestin grêle.
- LÉVI-SIRUGUE. — Th. Paris, 1898-1899.
- LYON. — *Gaz. Hôp.*, 1891 : Tuberculose intestinale.
- MAAS. — *Berlin Klin. Woch.*, janvier 1895, p. 60 : Production de la sténose intestinale à la suite d'étranglement.
- MERLIN. — Th. Lyon, 1891-1892 : Perforations spontanées de l'intestin et l'occlusion intestinale.
- MONNIER. — *Arch. prov. de Méd.*, 1899 : Tuberculose int. hypertrophique.
- MOTEL. — Th. Paris, 1900 : Tuberculose int. hypertrophique.
- NOTHNAGEL. — *Real Encyclop.*, V, 425, et *Specielle Pathol. und Therapie*, Wien, 1898, p. 148 : Die Erkrankungen des Darmes und der Péritoneum.
- OBRATZOW. — *Wien. Klin. Woch.*, 1897 n° 38, p. 838 : Sur l'entéroptose ; *Arch. f. Verdauungskrank.*, Bd. IV : Zur Diagnose der Blinddarmcarcinom der Cœcumtuberkulose und der Ileumtuberkulose.
- OPPENHEIM et LAUBRY. — *Arch. gén. de Méd.*, 1896, t. I, p. 661 : Perforation de l'intestin grêle au cours de l'entérite tuberculeuse.
- ORTH. — *Lehrbuch der speciellen path.* : *Anatomie*, 1887.
- PETER. — *Gaz. Hôp.*, 1868, p. 589 : Pathol. génér. des rétrécissements.
- PERRY et SCHAW. — *Guy's Hosp. report*, 1893 : Maladies du duodénum.
- PILLET et HARTMANN. — *Soc. An.* 1891 : Variété de typhlite tuberculeuse simulant le cancer.
- PILLET et THIERRY. — *Progrès Méd.*, 1894 : Mode de propagation de la tuberculose intestinale.
- SAWYER. — *Med. News*, 23 mai 1896.
- SCHULZ. — *Deutsch. z. f. Chir.*, 1898, p. 561 : Sténose intestinale consécutive à la gangrène de la muqueuse après étranglement herniaire.
- SENN. — *The Journal. of the american med. Assoc.*, 4 juin 1898, p. 1313 : Etiology, pathogeny, diagnosis of intestinal tuberculosis.
- SŁODOWSKY. — *Mittheilungen aus den Grenzgeb. der med. and chir.* Bd. 3 : V, über chronische Verengerung der Dünndarm.
- SOURDILLE. — *Arch. gén. de Méd.*, 1895 : Rétrécissement tuberculeux du rectum.

- SPILLMANN. — Th. agrég., 1878, et Dict. Dechambre: Tuberculose du tube digestif.
- STRAUSS. — *Arch. méd. exp.*, 1896.
- STEDMANN. — *Boston med. and surg. Journal.*, 1883: Rétr. dysentériques.
- TCHISTOVITCH. — *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1889: modes d'infection de la tuberculose intestinale.
- WIDERHOFER. — *Allgm. Wien. med. Zeitung*, 1886: Tuberculose méésentérique.
- WYSS. — *Corresp. Blatt f. Schweizer Aertze*, novembre 1893, p. 745: Statistique de tuberculose int. primitive.
- ZAHN. — Inaug. Diss. Munch., 1892: Ueber primäre tuberkulose des Darmes.
- ZUIN. — *Munch. med. Woch.*, n° 37: Ein fall von Fütterungstuberkulose bei einem erwachsenen Menschen, mit Ausgang in miliar Tuberkulose.
-

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

A. — Indications opératoires générales.

Sténose intestinale, foyer de tuberculose pouvant infecter l'organisme en entier, ce sont là les deux éléments principaux contre lesquels devra lutter le traitement. Si l'on s'en tenait là, la thérapeutique pourrait paraître simple, sinon dans ses moyens, tout au moins dans ses indications. En pratique, elle se complique singulièrement : l'état général du sujet, la diffusion plus ou moins prononcée des lésions viendront limiter le champ d'action ; ce sont ces facteurs qui, pendant longtemps, ont fait porter un pronostic souvent exagéré, ont retardé et retarderont encore les indications opératoires. Il est de

toute nécessité de diviser le problème, d'analyser de plus près les observations, de façon à séparer, si possible, les cas pour lesquels on peut beaucoup et ceux qui sont au-dessus de toute ressource thérapeutique.

I. — Le traitement médical.

Que peut un traitement médical contre une cicatrice définitive, contre une tuberculose hypertrophique ou contre une forme entéro-péritonéale ? Leudet avait songé à un traitement causal, en préconisant la *médication anti-scléreuse*, « médication illusoire, dit Tuffier, aussi bien pour prévenir que pour arrêter ou même pour atténuer une sténose fibreuse ». Dans tous les cas, le traitement médical sera purement symptomatique.

a) *Contre la lésion tuberculeuse*, on luttera par les médicaments, le régime, l'hygiène. — Les *médicaments* seront employés avec modération, en tenant compte de leur action sur les voies digestives ; c'est ainsi que la créosote sera proscrite. — Le *régime* sera très soigné, pour éviter l'accumulation des matières dans l'intestin, les digestions longues ; faire manger souvent et peu. En raison du siège de la lésion, la suralimentation qui compte, à son actif, de si beaux résultats dans le traitement des tuberculoses localisées, ne pourra guère être employée ; tout au plus pourra-t-on recommander les aliments nourrissants et légers, les lavements alimentaires. — L'*hygiène* devra être surveillée attentivement : le repos, le

grand air, l'héliothérapie rendront les plus grands services.

b) *En raison de la localisation sur le tube digestif*, on aura recours à une médication régulatrice des fonctions digestives ; éviter les purgatifs violents qui pourraient produire une perforation ; employer, de préférence, les lavements et les purgatifs huileux. En cas de diarrhée, on utilisera le bismuth, le talc, la tannalbine, même l'opium.

c) *Pendant les accès douloureux*, on pourra appliquer sur l'abdomen des cataplasmes laudanisés ; souvent, on aura recours à des injections de morphine ou mieux à l'emploi de médicaments antispasmodiques (belladonne) qui évitent la copostrase ; si on craint une poussée péritonéale, la révulsion pourra atténuer les symptômes.

Résultats du traitement médical. — Est-ce à dire que l'on n'obtienne aucun succès avec un traitement médical bien dirigé ? Bien au contraire. C'est lui qui devra être tenté au début de l'affection, qu'il pourra souvent enrayer.

Nous avons souvent entendu dire à notre maître, M. le professeur agrégé Roque, que nombre de tuberculoses intestinales, surtout certaines formes entéro-péritonéales, ressemblant au carreau de l'enfant, disparaissaient complètement sous l'influence du régime, du repos et de la révulsion ; l'intestin est peu envahi, dans ce cas ; il est simplement comprimé et on voit que, la congestion disparaissant, les symptômes doivent s'atténuer.

S'il s'agit d'une lésion définitive, il en est autrement ; il ne suffit pas de calmer le malade, de maintenir son état général, d'empêcher, par une foule de précautions, la généralisation de la tuberculose ; cette médication symptomatique pourrait prolonger un malade, retarder mais non arrêter l'évolution de la lésion ; c'est tout ce qu'il faut en attendre.

II. — Le traitement chirurgical.

C'est au traitement chirurgical qu'il faudra avoir recours dans la plupart des cas ; lui seul peut permettre de se rendre un compte exact de la lésion et de la traiter efficacement. Une telle proposition peut sembler exagérée au premier abord ; essayons de distinguer les contre-indications et les indications d'une intervention.

Contre-indications. — Elles sont tirées de l'état général, des caractères de la lésion, des lésions pulmonaires.

A) ETAT GÉNÉRAL. — On ne peut pas songer à opérer un tuberculeux, arrivé à la dernière période, atteint de cachexie profonde, avec des sueurs nocturnes, des ascensions thermiques vespérales, de la néphrite. Même s'il n'a pas de lésions pulmonaires avancées, l'affaiblissement dû à l'existence de la sténose constituera une contre-indication. On relèvera les forces et l'état général du malade et c'est à ce moment seulement que l'on pourra intervenir.

B) CARACTÈRE DE LA LÉSION. — On avait cru, tout d'abord, pouvoir tirer de l'état des lésions, indiqué

par l'examen clinique, des renseignements au sujet de la conduite opératoire. Gaillard recommandait l'intervention dans les formes purement fibreuses ou coprostatiques, mais le proscrivait dans les formes ulcéreuses. Une telle opinion est exagérée ; souvent on observe du *melœna* et de la diarrhée dans les formes uniquement fibreuses ou localisées. Il faut tenir compte surtout de la profondeur et de l'étendue des lésions, et ne pas intervenir dans les cas qui s'accompagneront de *melœna* abondant, de diarrhée incoërcible.

La *diarrhée* n'est pas toujours une contre-indication, car elle peut être due uniquement à la sténose, qui maintient les matières en état de fluidité constante et non à des ulcérations. De même pour le *melœna* qui peut être connu pour cause de simples ulcérations traumatiques. C'est l'abondance et la persistance qui feront juger de leur nature et de leur origine.

C) LÉSIONS PULMONAIRES. — L'existence de lésions pulmonaires au cours de la tuberculose intestinale, n'est pas la règle ; nous avons discuté ce point plus haut (page 60) et vu que, d'après Erdheim et Orth, la forme fibreuse n'indiquait pas que le poumon fût gravement pris. Mais peut-on opérer lorsqu'on a constaté des foyers pulmonaires ? Ne serait-ce pas favoriser leur évolution et amener plus rapidement une terminaison fatale ? On pourrait répondre par des faits, notamment les observations de Kœnig, Erdheim, Sorensen et bien d'autres, dans lesquelles l'opération a été loin d'aggraver l'état du poumon ; c'est l'idée exprimée aussi par Walhandler.

Nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter ces lignes à Tuffier. « Je ne pense pas que pareille crainte doive nous arrêter. Je prétends que, sauf, bien entendu, les cas de tuberculose pulmonaire désespérés, toutes les indications opératoires sont du côté de la sténose intestinale, en raison même de l'influence qu'elle exerce sur l'état général et, par là, sur l'état des poumons; que les poussées aiguës post-opératoires du côté du poumon sont, d'ailleurs, moins fréquentes qu'on ne le pense, qu'en tous cas il est possible de les enrayer et, le plus souvent, de les prévenir ».

C'est surtout dans les formes entéro-péritonéales qu'il faudra rechercher, pour les analyser avec soin, les symptômes d'infection secondaire; l'existence concomitante de lésions pulmonaires, rénales, ganglionnaires pourront faire retarder l'intervention ou modifier la conduite opératoire.

Indications opératoires.

Il est des cas où le chirurgien peut avoir la main forcée; c'est lorsque surviennent les accidents d'*occlusion aiguë*; l'intervention n'est plus à discuter. On peut seulement se demander si l'on ne pouvait agir plus tôt.

On peut, en effet, bien davantage, si l'on pose un diagnostic précoce, et c'est alors dans ces opérations, faites *à froid*, que l'intervention sera des plus utiles; ce sont les signes de sténose ou de tumeur devant lesquels le chirurgien se trouvera; examinons séparément chacun de ces cas.

a). *Signes de sténose.* — On doit opérer lorsque le malade présente des signes de ralentissement des matières fécales, rebelle au traitement médical.

Il faut surveiller le malade, écarter toutes les causes d'erreur; constater les accès douloureux, assister au péristaltisme, confirmer, en un mot, le diagnostic de sténose. Lorsque l'on sent une tumeur abdominale, coexistant avec des signes de sténose chronique, l'hésitation est encore moins permise.

Nous ne saurions trop insister sur l'opportunité d'un *traitement précoce*; il suffit de songer au retentissement fâcheux d'un obstacle à la circulation des matières sur l'organisme en entier; les malades s'intoxiquent peu à peu; leur résistance s'émousse, et lorsqu'arrivent les phénomènes aigus, ils ne peuvent plus supporter une intervention. N'est-il pas rationnel, avant l'éclosion de ces accidents, précurseurs d'une proche terminaison, de chercher à connaître la lésion, à la voir et à la traiter si possible. Il faut faire la laparotomie exploratrice, dit Tuffier, parce qu'elle ne constitue pas un danger; elle éclaire le diagnostic et peut guérir le malade.

En 1890, Senn s'exprimait ainsi : « La mortalité de la laparotomie dans les obstructions sera réduite à celle des autres opérations intra-péritonéales, dès que les chirurgiens connaîtront l'importance d'opérer tôt, avant que la maladie n'ait ruiné les forces du patient et avant que les parties comprises dans l'opération n'aient subi d'irréparables changements de structure ».

En 1899, Boiffin, au Congrès de chirurgie, confir-

maint cette idée : « La principale condition de succès dans le traitement chirurgical des rétrécissements de l'intestin, c'est une intervention précoce, dont les indications se tirent d'un diagnostic hâtif. Il faut que les médecins sachent bien que ce n'est pas l'opération qui, le plus souvent, fait, par elle-même, mourir le malade, mais que la responsabilité de l'échec retombe entièrement, soit sur le patient, par sa négligence, soit sur le médecin qui temporise ».

b) *Existence d'une lésion tuberculeuse sans sténose*. — La sténose constitue, nous l'avons vu dans l'étude symptomatique, un des signes les plus constants; c'est contre elle que sont dirigées presque toutes les interventions; mais s'il est possible de poser un diagnostic de lésion tuberculeuse localisée, alors que les accidents de retrécissement font défaut ou sont peu marqués, il faudra également intervenir. C'est dans la forme iléo-cœcale principalement que l'on pourra percevoir une masse néoplasique, ayant conservé la forme du cœcum; pour les tuberculoses hypertrophiques de l'intestin, il pourra en être de même; c'est alors, qu'en présence de troubles digestifs encore vagues, une exploration minutieuse de l'abdomen, le toucher rectal, le toucher vaginal pourront permettre de sentir une tuméfaction, adhérente ou non, des ganglions symptomatiques; il faut intervenir, dans ces cas, car il s'agit d'une lésion limitée qui peut s'accroître et se généraliser, qui peut amener une sténose.

Enfin, dans les formes entéro-péritonéales, lorsque l'on perçoit une tuméfaction volumineuse, s'ac-

compagnant de manifestations péritonéales, plus ou moins marquées, alors même que l'ablation peut paraître impossible, il faut voir la lésion; on peut parfois, par des opérations palliatives, amener un résultat effectif; et si tout est impossible, ne peut-on admettre, dans ces cas, une influence bienfaisante de la laparotomie, si précieuse dans les manifestations tuberculeuses péritonéales.

Les indications opératoires paraissent donc étendues; peut-être est-il exagéré de dire que, seules, une faiblesse extrême du malade, des lésions pulmonaires avancées, des ulcérations intestinales profondes (mélœna), une température vespérale élevée doivent faire différer l'intervention.

B. — Conduite opératoire générale.

1^o *Soins préopératoires*. — A moins qu'il ne s'agisse de cas d'urgence (et ils seront restreints de plus en plus), il faut prendre, vis-à-vis du malade, certaines précautions, indispensables, qui contribueront beaucoup au succès opératoire.

a) Relever l'état général, faire au besoin des injections de sérum artificiel; donner des toniques, des aliments de choix, dans certains cas des lavements alimentaires.

b) Arrêter la diarrhée, et assurer, autant que peut se faire, l'asepsie du tube digestif par de légers purgatifs.

c) Calmer les sécrétions bronchiques, comme le recommande M. Bouveret, pour éviter les broncho-

pneumonies post-anesthésiques, que l'on voit souvent, après les opérations portant sur l'intestin.

C'est précisément l'avantage des opérations à froid que de pouvoir préparer le malade à son aise.

2^o Laparotomie — Lorsque l'on n'est pas fixé sur le siège de la lésion, c'est par la laparotomie médiane qu'on l'abordera. Dans les cas où l'on suppose la terminaison de l'iléon intéressée, on peut faire l'incision dans la fosse iliaque droite, pour arriver plus directement au but.

Recherche de la lésion. — Quel que soit le genre de laparotomie faite, il faudra, tout d'abord, rechercher l'obstacle ; s'il existe une occlusion accentuée, l'anse sus-jacente, souvent très dilatée, viendra se mettre d'elle-même en rapport avec la paroi et conduira sur le corps du délit ; au chirurgien de voir si la lésion rencontrée suffit à expliquer les symptômes observés. S'il y a une dilatation généralisée des anses intestinales, et même dans tous les cas, il faut *vérifier l'intestin* ; des sténoses pourraient, sans cela, passer inaperçues. Nous disons vérifier l'intestin, car les manœuvres d'éviscération, recommandées cependant par Kummel, seraient ici dangereuses ; cette inspection doit être faite rapidement, en insistant surtout sur les endroits que l'on suppose lésés ; c'est à cette seule condition que l'on pourra faire une intervention complète.

3^o Soins post-opératoires. — Après l'intervention, il est d'usage de maintenir au repos le tube digestif. Sans vouloir aller jusqu'à proscrire toute

boisson pendant deux jours, nous ne sommes pas de l'avis de Pantaloni et de Roux qui conseillent d'alimenter les malades à leur guise, le lendemain de l'intervention. On peut faire prendre à l'opéré un peu de lait, quelques boissons pendant les trois premiers jours ; ces liquides seront donnés en petite quantité à la fois pour éviter un spasme intestinal ; on continue par une alimentation légère mais nourrissante. Si l'anastomose a été faite au bouton, on peut alimenter l'opéré beaucoup plus tôt, moins réduire la quantité de liquide au début et donner une alimentation solide le troisième jour.

C'est lorsque le malade est remis de son opération qu'il faut utiliser le traitement médical ; alors seulement il pourra rendre de signalés services, lorsque l'obstacle ou la source d'infection auront été levés ; il faut toujours songer à une généralisation tuberculeuse possible, que l'on peut trouver après toute intervention sur une lésion tuberculeuse, mais plus encore peut-être sur l'intestin, en raison des nombreuses voies sanguines et lymphatiques qui le sillonnent. Il faut alors soutenir le malade le plus possible, par une alimentation nourrissante, facilement assimilable. L'hygiène, l'héliothérapie, dont M. le professeur Poncet nous a montré si souvent les avantages, seront de précieux auxiliaires.

En un mot, le traitement médical sera le complément nécessaire du traitement chirurgical, tous deux concourent au même but ; mais le premier ne vaut que lorsque le second lui aura livré un organisme sur lequel son action sera de toute importance.

CHAPITRE II

MÉTHODES CHIRURGICALES

Lorsque le chirurgien, la laparotomie faite, a constaté la lésion, s'est rendu compte de ses limites, de son degré, de sa nature, plusieurs opérations sont à discuter : leur but est à peu près semblable ; leurs indications diffèrent ; précises pour quelques-unes, elles varient pour d'autres. Nous étudierons successivement quatre genres d'opération :

1^o La *laparotomie simple* ; nous verrons si elle peut être érigée comme méthode et quels sont les résultats qu'elle a fournis.

2^o *L'entéroplastie.*

3^o *L'entérectomie.*

4^o *L'entéro-anastomose.*

Pour chacune de ces dernières opérations, nous étudierons quelques modifications de leur technique, les observations qui s'y rapportent, leur résultat, leurs indications.

5^o Enfin, nous chercherons à savoir si *l'exclusion*

intestinale peut être utilisée dans le traitement des tuberculoses chirurgicales de l'intestin grêle.

Art. 1. — Laparotomie simple.

La laparotomie constitue le premier temps de toutes les interventions que nous indiquerons; nous la plaçons ici, car, employée seule, elle a donné parfois des résultats qu'il est intéressant de rapporter.

Voici les observations, dans lesquelles on a dû se borner à une laparotomie exploratrice.

OBS. 27. KÆNIG (Commun. à Hofmeister. Beitr. z. Klin. Chir. 1896, p. 577.) — On trouve 12 sténoses sur l'intestin grêle les phénomènes parurent s'amender.

OBS. 28, KÆNIG, 1893 (*in* Johnson (Obs. 3.) Inaug. Dissert Gottingen 1899) — H., 33 ans, sommets suspects; accès douloureux typiques. — Opération; on trouve les anses intestinales agglutinées et 7 rétrécissements dissemblables on se borne à une laparotomie. — En janvier 1894, les phénomènes de sténose avaient diminué. Au mois d'avril, même état: en 1898, *le malade allait très bien*.

OBS. 29, BOIFFIN, 1895 (Congr. Chir., 1895, p. 245 et *Sem. Méd.* 1895, p. 455). — H., 50 ans; on trouve des rétrécissements annulaires, échelonnés le long de l'intestin; laparotomie simple. Mort trois mois après.

OBS. 30, ROTTER, 1896 (Fetsch. z. gold. Jubil. des St-Hedew Kranckents, *Berlin* 1896). — H., 8 ans, diarrhée, péristaltisme; accès douloureux. — Opération: 7 sténoses de l'intestin grêle; le malade est mort trois ans plus tard; les signes de sténose avaient diminué.

Nous plaçons ici deux observations, que nous avons recueillies dans le service de M. Jaboulay : il s'agit de rétrécissements multiples tuberculeux, échelonnés sur tout l'intestin grêle et pour lesquels toute thérapeutique était illusoire ; la partie clinique et anatomo-pathologique est au premier rang ; c'est sur ces deux cas, que nous avons basé l'étude des rétrécissements multiples.

OBSERVATION 31

(Personnelle, recueillie dans le service de M. JABOULAY.)

TUBERCULOSE FIBREUSE DE L'INTESTIN GRÊLE. — RÉTRÉCISSEMENTS MULTIPLES (AU NOMBRE DE 16). — AUCUN SIGNE PULMONAIRE. — CACHEXIE PROFONDE. — LAPAROTOMIE EXPLORATRICE. — MORT HUIT JOURS APRÈS L'INTERVENTION.

C. S., âgée de 20 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, service de M. Jaboulay, le 15 mai 1900.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants ; deux sœurs, l'une de 14 ans, l'autre de 24 ans, bien portantes ; la dernière est mariée, mère de deux enfants en bonne santé. Il n'y a pas trace de tuberculose dans la famille.

Antécédents personnels. — La malade ne donne pas beaucoup de renseignements sur son enfance ; elle se rappelle que jusqu'à l'âge de dix ans, elle n'était pas très bien portante et vomissait souvent. Depuis ce moment, elle se souvient avoir été relativement en bonne santé ; elle s'est mise à travailler à l'âge de 13 ans.

Il y a quatre ou cinq ans, elle fut prise d'une diarrhée, assez fréquente. Une alimentation soignée l'atténua beaucoup ; malgré tout, elle reparaissait de temps en temps, nettement influencée par le mode alimentaire. C'est seulement depuis neuf mois que la diarrhée est constante ; les matières sont absolument liquides, elles n'ont jamais été teintées de rouge, ou de noir.

A partir de ce moment, l'état général s'est considérablement affaibli ; la malade, qui pesait 59 kilogs n'en pèse aujourd'hui que 32 ; en neuf mois l'amaigrissement a donc été de 27 kilogs.

Jamais la malade n'a toussé ; jamais il n'y a eu de vomissement. Aujourd'hui, la cachexie est extrême : la malade ne semble plus qu'un squelette, le teint est pâle, les lèvres sont entièrement décolorées. L'appétit est presque nul ; les aliments sont mâchés et déglutis difficilement ; la diarrhée existe constamment. La malade souffre un peu, environ deux ou trois heures après le repas, mais ces crises douloureuses sont peu marquées, durent peu ; elles sont calmées immédiatement après une débacle diarrhéique ; elles sont périodiques et, après chaque repas, réapparaissent de la même façon, le siège seulement varie ; la douleur intéresse tantôt les fosses iliaques, tantôt les hypochondres : il n'y a rien de fixe.

En dehors de ces troubles digestifs, on ne relève aucun autre signe fonctionnel ; pas de toux, pas de dyspnée, pas de troubles cardiaques, pas de troubles urinaires.

Examen de l'abdomen.— A l'inspection, l'abdomen est un peu météorisé, ce qui fait contraste avec l'amaigrissement si prononcé du thorax et des membres ; en attendant un moment, ou en donnant un petit coup sur la paroi, on voit alors se produire des *ondes péristaltiques*, elles n'ont pas un siège fixe et se produisent d'une façon irrégulière ; parfois, il s'agit d'une onde qui se propage de la fosse iliaque droite à la fosse iliaque gauche, en suivant le trajet qui répond à la situation d'un gros intestin normal ; parfois, il s'agit de voussures isolées, se produisant en des points très variables. On n'entend pas de bruits musicaux au moment de la production de ces ondes péristaltiques ; il n'y a pas de douleur.

A la percussion, tympanisme allant depuis la cinquième côte des deux côtés jusqu'au pubis ; le foie n'a pas sa matité normale, il n'est nullement perceptible ; l'estomac ne peut se distinguer ; à chaque percussion on fait apparaître une petite

voissure qui reste localisée souvent, mais qui, d'autres fois, sert de point de départ à une onde péristaltique.

La palpation n'est pas douloureuse; la paroi est souple; on ne sent aucune masse anormale, aucun point ne paraît suspect. Clapotage au-dessus de l'ombilic et dans l'hypochondre droit. Le toucher vaginal n'est pas pratiqué.

Le reste de l'examen est négatif; au poumon, il n'y a aucun râle, aucun souffle, aucune rudesse respiratoire; la toux ne modifie nullement l'examen; pas de retentissement de la voix, la respiration est faible mais partout elle conserve ses caractères.

Rien au cœur; pouls faible, régulier; pas d'œdème.

Urines pâles, peu abondantes, sans albumine.

Température normale.

Les selles recueillies sont semblables à du riz délayé dans de l'eau; il n'y a pas de parcelles alimentaires conservées, pas de stries sanguinolentes.

La malade est suralimentée pendant quelques jours; son régime est surveillé; la diarrhée cesse un peu.

En raison des signes révélés par l'examen de l'abdomen, offrant beaucoup de ressemblance avec ceux qui avaient été constatés sur la malade de l'observation 32, M. Jaboulay songea à la possibilité de rétrécissements multiples siégeant sur l'intestin grêle, et décida une laparotomie exploratrice. Vu la faiblesse de la malade, on fit, pendant trois jours, matin et soir, une injection de 250 gr. de sérum artificiel.

Opération le 25 mai 1900. Anesthésie légère à l'éther. Incision sus-ombilicale médiane; sérum artificiel pendant l'opération. Après ouverture du péritoine, on voit se présenter entre les lèvres de la plaie une série d'anses intestinales un peu distendues et congestionnées, sans aucune granulation à leur surface. En attirant une de ces anses, M. Jaboulay constate immédiatement une stricture assez serrée, siégeant sur l'intestin même et dans la paroi. Un peu au-dessus de cet obstacle, nouvelle bride semblable à la première. On est conduit alors sur l'angle duodéno-jéjunal; le duodénum est

reconnu sain, l'estomac non dilaté. Devant ces rétrécissements paraissant siéger dans la portion supérieure du jejunum, M. Jaboulay pensait pouvoir pratiquer une gastro-intérostomie, mais en cherchant un point entièrement sain, on constata que des rétrécissements semblables s'échelonnaient sur une grande longueur de l'intestin grêle.

Toute opération palliative était même impossible; le dévidement de l'intestin grêle avait amené une hypotension artérielle; suture de la paroi.

On fit des injections de sérum artificiel à doses massives; pendant quatre jours, la malade fut très faible; elle parut ensuite se remonter un peu et mangea avec assez d'appétit; après les repas, on n'observait plus, comme auparavant, les crises de météorisme local et intermittent; la diarrhée fut moins accusée.

La malade ne survécut que huit jours à la laparotomie; elle mourut sans présenter d'autre signe spécial qu'un épuisement et une cachexie accusés.

Autopsie. — L'autopsie a été pratiquée trente heures après la mort. Elle n'a pu porter que sur la cavité abdominale, en raison d'une opposition de la famille.

L'estomac et le duodénum sont sains.

L'intestin grêle présente, depuis l'angle duodéno-jéjunal jusqu'à la valvule de Bauhin, 16 rétrécissements à peu près tous semblables; vus extérieurement, ils forment des anneaux blanchâtres, entourant toute la lumière de l'intestin; ils sont placés irrégulièrement; tantôt on en trouve deux situés à quelques centimètres; tantôt, au contraire, il existe entre eux 0^m25 ou 0^m50 d'intestin grêle. Ils sont tous très serrés et le moins marqué admet à peine le petit doigt; en aucun point, la lumière intestinale n'est complètement effacée. Ils sont tous minces; à leur base, l'intestin n'est pas épaissi; ils semblent comme de petits diaphragmes fibreux, placés de loin en loin sur l'intestin; si on les sectionne de l'extérieur, longitudinalement, on voit l'intestin reprendre son calibre normal, et une entéroplastie pratiquée sur le cadavre fait disparaître toute sténose.

Examinés de plus près, on voit que la muqueuse est en général saine; quelques-uns cependant offrent des ulcérations petites.

Le segment sus-jacent à chaque sténose est dilaté, les parois semblent très amincies; au-dessus du premier rétrécissement, on n'observe pas d'autre modification; il existe deux ou trois portions intermédiaires, ressemblant à de petits estomacs; ce qui donnait lieu au clapotage observé.

Dans le mésentère, il y a quelques petits ganglions durs, nettement caséeux au centre; on ne sent rien contre la colonne vertébrale.

Le gros intestin est considérablement réduit de volume; sans les bandes longitudinale, on le distinguerait difficilement de l'intestin grêle; il ne présente aucun point rétréci; la valvule de Bauhin est perméable; l'appendice paraît normal.

L'examen des poumons, du cœur n'a pu être pratiqué.

Examen histologique. — L'examen histologique a donné les résultats suivants. La muqueuse n'existe pas (pièce cadavérique). La celluleuse est très infiltrée, et présente des granulations typiques; la musculieuse est amincie; la sous-séreuse est infiltrée et présente les mêmes lésions que la sous-muqueuse; le tissu fibreux domine. En somme *tuberculose fibreuse*.

L'examen du segment sus-jacent est rapporté plus haut. (Fig. 6).

OBSERVATION 32

(Personnelle, Recueillie dans le service de M. JABOULAY).

ANCIENNE TUBERCULOSE PÉRITONÉALE, LOCALISÉE AU PETIT BASSIN; ADÉNITES CERVICALES. — VOMISSEMENTS INCOERCIBLES; SIGNES DE STÉNOSE SOUS-VATÉRIENNE; AMAIGRISSEMENT CONSIDÉRABLE. — 1^o LAPAROTOMIE; SECTION D'UNE BRIDE FIBREUSE AU NIVEAU DU DUODÉNUM. — RÉAPPARITION DES VOMISSEMENTS. — 2^o LAPAROTOMIE. STÉNOSES FIBREUSES MULTIPLES DU JEJUNUM.

— 3^o LAPAROTOMIE. — LES STÉNOSES ONT CONSIDÉRABLEMENT DIMINUÉ; ON EN CONSTATE SUR TOUT L'INTESTIN GRÊLE. — MORT DE TUBERCULOSE AIGUE PULMONAIRE.

C. C..., âgée de 26 ans, entre dans le service de M. Jaboulay, le 20 janvier 1900; elle a déjà fait un séjour à l'Hôtel-Dieu, il y a un an, et voici les renseignements fournis par son observation.

Entrée à l'Hôtel-Dieu, service de M. Jaboulay, le 3 octobre 1888.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de lésions pulmonaires tuberculeuses; père bien portant.

Personnellement, pas de maladie grave pendant la jeunesse; réglée régulièrement avant sa maladie; mariée à 16 ans, a eu trois enfants, le dernier, il y a deux ans et demi; ils sont bien portants.

Après son second accouchement, elle eut une déchirure du col, avec rétroversion de l'utérus; un an et demi après, on lui redressa l'utérus en fixant le col dans le cul-de-sac antérieur, depuis elle eut un accouchement qui fut normal.

C'est après ce dernier accouchement que survinrent des troubles gastriques assez accusés, caractérisés par des vomissements uniquement bilieux, survenant souvent plusieurs fois par jour; elle avait aussi des vomissements aqueux, abondants, des renvois acides; après l'ingestion de boissons glacées, elle eut une hématemèse peu abondante, qui ne se reproduisit jamais. En même temps, troubles intestinaux, diarrhée passagère, précédée de coliques. Elle fut soignée pour un ulcère de l'estomac, et le régime qu'elle suivit amena une disparition presque complète des symptômes.

Il y a huit mois, sans cause connue, sans signe de grossesse, les règles cessèrent et furent remplacées par des pertes blanches, très abondantes; en même temps, apparut un léger œdème des jambes, et il survint au cou de petites masses ganglionnaires, dures, non douloureuses.

C'est pour ces désordres de l'appareil génital qu'elle entre à l'hôpital. A son arrivée, on constate un amaigrissement assez accusé; la malade est blanche, anémiée; depuis huit mois, elle n'a pas quitté son lit. Elle ne se nourrit que de lait et de viande grillée; le vin lui amène des crises douloureuses. Il n'y a pas de vomissements, pas de coliques. Aucun signe pulmonaire.

A l'examen de l'abdomen, on constate une douleur marquée dans la fosse iliaque droite et on perçoit un empâtement profond, plongeant dans le petit bassin. La paroi est souple et on ne sent rien autre dans l'abdomen; seul l'estomac paraît un peu dilaté.

Au toucher vaginal, on reconnaît une tuméfaction dans le cul-de-sac postérieur; la palpation bimanuelle permet de reconnaître une collection siégeant en arrière de l'utérus, surtout à droite; il n'y a pas de fluctuation franche; la masse est rénitente, tendue, très douloureuse.

Ganglions petits dans la région sous-maxillaire gauche et le creux sus-claviculaire du même côté.

Au poumon droit, respiration rude au sommet, pas de râles.

1^{re} *Intervention*, 6 octobre 1899. — Incision du cul-de-sac postérieur, ouverture d'une collection purulente; drainage à la gaze. Les phénomènes douloureux s'amendèrent; traitement général. La malade quitte l'hôpital.

7 janvier 1899. — Les phénomènes intestinaux et gastriques ont réapparu peu après; ils semblent résulter d'une paralysie plus ou moins complète de l'intestin. M. Jaboulay posa le diagnostic de péritonite tuberculeuse, consécutive à des lésions tuberculeuses du petit bassin.

Une laparotomie sous-ombilicale fut pratiquée (24 janvier 1899). Les anses intestinales qui se présentèrent étaient absolument saines, le péritoine lisse partout, sans granulation; l'abdomen est refermé sans autre intervention.

Le 14 mars, la malade quittait l'hôpital très améliorée; les troubles intestinaux avaient disparu; elle engraisait.

Cet état persista pendant presque toute l'année 1899; la guérison semblait définitive.

Rentrée à l'Hôtel-Dieu le 10 février 1900. — Pendant dix mois, l'état se maintient bon; mais, il y a deux mois et demi environ, les troubles gastro-intestinaux réapparurent d'abord semblables à ceux qui ont été signalés plus haut; mais, depuis un mois, les vomissements et les coliques devinrent encore plus intenses.

Les vomissements sont incoërcibles; ils surviennent après chaque repas, presque régulièrement; ils sont très abondants et contiennent une quantité considérable de bile; même si la malade ne mange pas, ils surviennent, le plus souvent, sans beaucoup d'efforts, presque sans nausées. Les coliques sont moins fréquentes que les vomissements; elles sont bien marquées; pendant leur durée, l'abdomen se météorise au-dessus de l'ombilic, elles cèdent après une débâcle diarrhéique.

L'amaigrissement est extrême. En un mois, la malade est devenue méconnaissable; les ganglions cervicaux semblent avoir augmenté de volume, mais, en réalité, ils ne sont plus visibles que par suite de l'amaigrissement.

A l'examen de l'abdomen, on constate un météorisme très marqué, surtout dans la portion sus-ombilicale; il existe un tympanisme qui semble indiquer la situation de l'estomac et qui descend bien au-dessous de l'ombilic, à ce niveau on a du clapotage. Le reste de l'abdomen est moins sonore. La palpation est possible, non douloureuse. elle ne révèle aucune production anormale. On n'observe pas de péristaltisme sur la paroi

Toucher vaginal : l'utérus est fixé, non douloureux; les annexes sont plongées dans une gangue inflammatoire qui les rend inaccessibles. Il n'y a pas eu de pertes blanches depuis l'intervention, datant d'une année.

On ne trouve aucun signe pulmonaire.

Les vomissements qui ont été constatés sont bilieux, sans parcelles alimentaires non digérées; ils sont très abondants (4 à 5 litres par jour).

Les selles sont diarrhéiques, peu abondantes, blanches, sans stries sanguinolentes.

En présence de ces symptômes, M. Jaboulay porte le diagnostic de brides fibreuses siégeant au-dessous de l'ampoule de Vater (vomissement bilieux), et dues à la tuberculose péritonéale ancienne, guérie ou en voie de guérison.

15 février 1900. — Opération. Laparotomie sus-ombilicale médiane. Après l'ouverture de la séreuse, on constate que son feuillet pariétal est lisse, sans granulations, l'intestin qui se présente est sain. Mais, au niveau de la face inférieure du foie, il existe des brides fibreuses, serrées, passant au-dessus du duodénum et du colon transverse; l'une, très serrée, se trouve au niveau du pylore. Ces brides sont sectionnées. L'estomac n'est pas très dilaté.

Suture de la paroi.

Pendant quatre jours, les vomissements n'apparurent pas; la malade put absorber du lait sans qu'il survînt de troubles gastriques. Ils revinrent ensuite avec la même intensité qu'au début; la cachexie devint très accusée en quelques jours.

Devant l'état persistant, et supposant un autre obstacle, M. Jaboulay décide une intervention. Des injections de sérum artificiel sont faites les jours précédant l'opération.

26 février 1900. — Anesthésie très légère. Les lèvres de la plaie sont désunies. Les recherches portent immédiatement sur le jéjuno-iléon. Au niveau de l'angle duodéno-jéjunal, une bride existait encore, très serrée; elle est sectionnée. Un peu plus bas, l'intestin apparaît comme moniliforme; on croit tout d'abord à des contractions semblables à celles que l'on observe sur le chien en expérimentation, mais, au toucher, on se rend vite compte qu'il s'agit de rétrécissements véritables; ils sont échelonnés sur une grande longueur; au-dessus d'eux l'intestin est normal. M. Jaboulay songe à une gastro-entérostomie, mais, devant l'état de la malade, diffère son intervention.

28 février 1900. — Les vomissements ont cessé; les douleurs n'existent plus, la malade s'alimente un peu.

3 mars 1900. — Pas de vomissements; l'état général s'améliore.

8 mars 1900. — Nouvelle intervention; après la laparotomie, on constate *que les sténoses ont diminué considérablement*; elles admettent l'index facilement, les sténoses existent sur tout l'intestin grêle: on en compte douze; celles qui portent sur la partie inférieure sont peu serrées. La gastro-entérostomie qui avait été décidée, n'est pas pratiquée, en raison des modifications survenues. La laparotomie demeure simplement exploratrice.

10 mars 1900. — Les vomissements n'ont pas reparu.

14 mars 1900. Point de côté violent à gauche; on constate à ce niveau des râles fins abondants.

La malade meurt, le 20 mars, avec des signes de tuberculose aiguë pulmonaire. L'autopsie ne put être pratiquée.

Résultats de la laparotomie simple. — Il est intéressant de retenir, de plusieurs de ces observations, l'amélioration constatée; elle semble due à une double cause.

a). *Diminution des lésions* — On sait aujourd'hui que la simple mise à l'air des lésions tuberculeuses, peut enrayer leur marche; c'est la base du traitement chirurgical de la tuberculose péritonéale. En 1896, M. Nové-Josserand présentait à la *Société des Sciences Médicales de Lyon*, un cas de tuberculose iléo-cœcale guérie par une simple laparotomie, suivie de drainage à la gaze iodoformée. C'est également l'idée soutenue, par M. le professeur Poncet, dans la thèse de son élève Billon (1897-1898); la tuberculose iléo-cœcale est améliorée par la laparotomie; pourquoi n'en serait-il pas de même pour la tuberculose de l'intestin grêle? Ce n'est pas qu'il

faille négliger une entérectomie, ou une entéro-anastomose, si elles sont possibles, mais on peut dire que la régression fréquente des lésions, après l'entéro-anastomose surtout, peut bien reconnaître en partie comme cause la mise à l'air des lésions.

b). Diminution du spasme. — Il y a plus encore et, lorsqu'il s'agit de sténoses, on a observé une diminution dans l'intensité des accès douloureux (Kœnig), ou même une disparition complète (Kœnig); Strehl a observé les mêmes phénomènes au sujet des tuberculoses iléo-cœcales. Nous avons dit plus haut comment on pouvait envisager la pathogénie de ce phénomène.

Ce n'est pas que la laparotomie exploratrice doive être érigée en méthode opératoire, comme dans le traitement de la tuberculose péritonéale, mais l'influence qu'elle a eue, dans certains cas, sur la marche des lésions, sur la diminution, des phénomènes de sténose doit encourager le chirurgien à la pratiquer; alors même qu'elle ne serait accompagnée d'aucune manœuvre complémentaire.

Art. II. — Entéroplastie.

But. — Manuel opératoire. — L'entéroplastie a pour but de rétablir le calibre de l'intestin rétréci. On fait une incision suivant le grand axe de l'intestin, le plus souvent du côté opposé à l'insertion mésentérique, et on la ferme de façon à obtenir une ligne transversale; c'est le principe posé par Heinecke

et Mikulickz pour les sténoses pyloriques; c'est une opération analogue à la duodénoplastie employée par M. Jaboulay pour les sténoses duodénales, suite d'ulcères. Son manuel opératoire est donc des plus simples, surtout s'il agit de l'intestin grêle que l'on peut attirer au dehors; mais son emploi est des plus restreints; nous n'avons trouvé que deux observations pour sténose tuberculeuse de l'intestin grêle.

OBS. 33, VON HACKER (Voir plus loin observations d'entéro-anasmatose, OBS. 67)). — F., 15 ans, deux sténoses; pour la sténose œcale, on fit l'iléo-colostomie; pour la sténose intestinale, l'entéroplastie.

OBS. 34, BIER, 1899 (*in*, Seegers Th. Greiswald, 1899). — F., 58 ans; début il y a dix ans; douleurs dans la région abdominale; sang dans les selles; bon appétit, peu de vomissements. Depuis 4 ans, retour des douleurs; vomissements; accès douloureux; diarrhée; mauvais état général. A l'examen, rien aux poumons. Dans l'hypochondre gauche, tumeur du volume du poing, borborygmes; péristaltisme; un peu de météorisme; au toucher rectal on sent plusieurs plaques indurées dans l'excavation. — *Opération. Une sténose sur l'iléon*; tout le mésentère et l'intestin sont ratatinés; dans la profondeur on trouve des trajets lymphatiques indurés. *Entéroplastie*. Guérison: la malade a engraisé de 11 kil. L'auteur discute s'il s'agit d'une lésion inflammatoire ou tuberculeuse, mais l'induration des lymphatiques le fait pencher pour la tuberculose.

Voir aussi l'OBS. 80 (MARQUARUCCI). L'opération fut insuffisante; il s'agissait de sténoses multiples.

Sur trois cas, il y a eu deux guérisons; la statistique pour les rétrécissements de la valvule iléo-cœcale est la même (Péan, Allingham).

Indications de l'entéroplastie. — Les indica-

tions de l'entéroplastie sont des plus limitées; il faut tenir compte de la disposition générale de l'intestin, de la situation et de l'étendue des lésions.

a) *Il faut que l'anse intestinale soit mobile*, condition sur laquelle insiste Fenger, le promoteur de l'uretéroplastie. Les observations de duodénoplastie montrent que ce n'est pas là une contre-indication formelle; mais, quand il s'agit de tuberculose, la fixité d'une anse grêle indique des lésions mésentériques trop avancées.

b) *Il faut que le péritoine soit intact*, car la suture séro-séreuse enfouissante n'aurait plus d'action.

c) *Il faut que la lésion intestinale soit limitée*; on ne peut songer à faire une entéroplastie sur un rétrécissement long de sept centimètres, alors que la suture transversale de l'incision longitudinale paraît possible en raison de la dilatation du segment sus-jacent; on obtiendrait un rétrécissement circulaire, fait sur lequel ont insisté Péan et Allingham, dans les cas d'entéroplastie sur des portions d'intestin sans mésentère (gros intestin).

d) *Il faut que la lésion tuberculeuse soit éteinte*; on s'exposerait, en effet, à des mécomptes considérables si l'on suturait des tissus enflammés: les sutures ne tiendraient pas; la lésion se reproduirait rapidement; aussi l'entéroplastie trouve-t-elle son indication principale dans les cas de rétrécissement simple, suite de hernie étranglée par exemple (Jaboulay).

Nous rapportons ici une observation de M. Villard, intéressante à deux points de vue; tout d'abord, en raison de la nature probablement tuberculeuse de la

sténose pylorique ; puis en raison de la récurrence survenue à la suite d'une pyloroplastie. Durante, il est vrai, signale une guérison de quatre ans, après une pyloroplastie pour sténose tuberculeuse. Nous avons aussi observé, chez M. Jaboulay, un jeune homme de 16 ans avec sténose pylorique, peut-être inflammatoire, ou congénitale, ou tuberculeuse (le malade est mort, un an après, tuberculeux) : une pyloroplastie fut faite, sur des tissus chroniquement enflammés, dont les lésions sommeillaient ; la guérison ne se maintint que quelques mois : l'état du sujet empêcha une nouvelle intervention. Ces cas nous montrent que si l'on doute de l'extinction complète de la lésion, toute opération plastique doit être abandonnée ; mieux vaut laisser la sténose s'éteindre lentement, et tourner l'obstacle.

OBSERVATION 35 (1)

(Due à l'obligeance de M. VILLARD).

STÉNOSE PYLORIQUE DE NATURE INFLAMMATOIRE (?) — PYLOROPLASTIE. — RÉCIDIVE DES SYMPTÔMES. — GASTRO-ENTÉROTOMIE POSTÉRIEURE.

A. M..., 16 ans, entre dans le service de M. Leclerc, le 7 avril 1900. Depuis l'âge de 6 ans, sans cause connue de sa mère, il commença à avoir des vomissements alimentaires de loin en loin, qui devinrent de plus en plus fréquents, au point d'avoir lieu plusieurs fois par semaine ; peut-être faut-il attribuer à cette affection l'état d'infantilisme que l'on

(1) La première partie de cette observation est tirée du compte rendu de la présentation du malade par MM. Leclerc et Villard (*Soc. de Méd. de Lyon*, 11 juin 1900).

trouve chez lui ; il mesure 1 m. 33, a le pubis glabre, les organes génitaux peu développés.

Actuellement ces vomissements sont fréquents ; ils sont précédés de malaises douloureux auxquels le malade met un terme en se faisant vomir mécaniquement. Ils sont copieux, alimentaires, non bilieux et se produisent plusieurs heures après le repas. Ni hématémèse, ni méléna. Au moment où l'on amène le malade à l'hôpital, il est pris d'une crise de tétanie très violente, qui est la seconde et qui est suivie d'une troisième et dernière dans la journée. Le ventre est gros, tendu ; aucun empâtement ; aucune tumeur ; il y a une grosse dilatation stomacale et de la rétention gastrique ; on retire, par la sonde, des débris alimentaires et jamais le liquide n'arrive à être clair. Péristaltisme. Aucun autre trouble.

Le diagnostic porté est celui de *sténose pylorique de cause inconnue* ; en présence de l'insuccès du traitement médical, on songe à une intervention.

Opération le 21 avril 1900, pratiquée par M. Villard. — Incision sus-ombilicale médiane ; on trouve, faisant corps avec le pylore, une plaque dure qui occupe presque toute la circonférence ; tout autour il y a des ganglions non adhérents. *Pyloroplastie* sur la face inférieure de la région pylorique ; la muqueuse pylorique était macroscopiquement saine. Suites opératoires parfaites ; le malade fut présenté à la Société de Médecine le 11 juin, il avait repris 5 kil. 800 ; les vomissements n'ont pas réapparu. A ce moment-là MM. Leclerc et Villard, éliminant toutes les autres causes de sténose pylorique, ne retenaient que la nature tuberculeuse de l'affection, hypothèse que la présence de ganglions, l'âge du malade rendaient parfaitement plausible.

Rentré à l'hôpital le 19 août 1901, la guérison ne s'est maintenue que peu de temps ; peu à peu les anciens symptômes ont réapparu.

A l'examen on constate une dilatation considérable de l'estomac, visible à l'œil nu ; le péristaltisme, le tympanisme ne font que la confirmer.

Intervention le 29 août. — Après ouverture de l'abdomen on constate une dilatation considérable de l'estomac, qui présente des adhérences résultant de la première intervention. La plaque indurée qui existait à cette époque a augmenté et donne la sensation d'une véritable tumeur intrapylorique du volume d'une noix ; les ganglions mésentériques, déjà engorgés, ont doublé de volume. *Gastro-entérostomie postérieure*. Un ganglion est prélevé pour l'examen.

Suites opératoires bonnes ; le malade pèse 30 kilogs au lieu de 28 ; le 16 septembre il part à Longchêne en bonne santé.

Le 3 octobre, le malade va très bien au point de vue digestif ; il semble cependant prendre un peu d'ascite.

Examen du ganglion (M. le prof. agr. Paviot). — La seule altération consiste en l'apparition, au milieu du ganglion, de quelques traînées de tissu conjonctif hyalin semé de noyaux en bâtonnets et que la coupe intéresse sous diverses incidences.

Art. III. — Entérectomie

L'entérectomie a été la première méthode usitée par les chirurgiens ; ne répond-elle pas à la double indication de supprimer la lésion et de rétablir le cours des matières ?

Depuis l'opération, si ingénieuse, de Kœberlé qui, en 1880, enleva 2^m 05 d'intestin grêle et obtint l'anastomose des deux anses intestinales, en réalisant une entérotomie spontanée, la technique a subi des modifications qui ont conduit à une pratique simple, bien réglée. Lorsqu'il s'agit de lésions tuberculeuses, les mêmes principes persistent ; il existe, cependant,

quelques particularités opératoires sur lesquelles nous insisterons, avant de passer en revue les observations et les indications.

A). Particularités opératoires.

1^o *Section de l'intestin.* — Lorsque la lésion est sous les yeux, la cavité péritonéale protégée, il faut choisir les deux points de la section.

La *recherche du bout efférent* est, en général, facile si l'on part du cœcum en remontant ensuite le long de l'intestin grêle. Quant à celle du *bout afférent*, elle peut offrir certaine difficulté; il ne faut pas dévider l'intestin en entier, ce qui est long. M. Terrier recommande de chercher le point de la tumeur où l'on voit pénétrer une anse saine.

Les deux segments intestinaux découverts, reste la section. On peut la faire aux ciseaux jusqu'au mésentère en assurant la coprostase au moyen d'un clamp ou des doigts d'un aide. Terrier la fait avec l'angiotribe, pour réunir les bouts intestinaux par entéro-anastomose. Il écrase, dans le sens de la longueur de l'intestin, une bande de 1 cm. 1/2 de large et il répète la même manœuvre plus bas, de façon à avoir 3 cm. d'intestin écrasé; dans le sens de la largeur, il va jusqu'au mésentère; l'intestin est réduit, à ce niveau, à une bande mince; on fait une double ligature à la soie et on sectionne l'intestin au milieu, celui-ci a été fermé avant d'être ouvert.

Quoiqu'il en soit, *la section doit porter en tissu sain*; aussi, faut-il s'assurer de l'état de la paroi; on

devra reculer jusqu'à ce que l'intestin soit souple ; tout épaississement sera considéré comme suspect.

2. *Section du mésentère.* — La section du mésentère se fera avec les précautions habituelles. Il faudra, comme le recommande M. Hartmann, dans la *Chirurgie gastro-intestinale*, la faire moins étendue que celle de l'intestin ; il existera une petite partie débordante de mésentère qui assurera la nutrition de l'anse intestinale ; ce procédé est préférable à l'incision losangique de Madelung. En tous cas, la réunion devra être très exacte, pour éviter l'occlusion intestinale par pénétration d'une anse grêle dans un défaut de la suture ; on devra aussi faire les points de suture assez éloignés de la tranche de section, pour éviter des déchirures que rendraient faciles l'induration et l'infiltration du mésentère.

Faut-il enlever les ganglions ? S'ils ne sont pas très nombreux on peut le faire, mais s'ils sont diffus, fluctuants, mieux vaut les laisser plutôt que de s'exposer à une infection péritonéale ou une gangrène intestinale.

3. *Limites de l'entérectomie.* — Si l'on met de côté la question de shock, de durée opératoire, si l'on se place uniquement au point de vue du maintien de la fonction digestive, on peut se demander si l'étendue des lésions n'est pas une contre-indication de l'opération ; en 1880 Kœberlé réséquait 2^m05 d'intestin grêle et la malade guérissait.

A). AU POINT DE VUE EXPÉRIMENTAL

Voici les résultats auxquels on est arrivé :

En 1880, Senn, dans ses intéressantes expériences faites dans un but chirurgical, réséquait *plus de la moitié de l'intestin grêle* chez le chien ; l'animal survivait, mais mourait dans le marasme, bien que la ration alimentaire fût doublée. A l'autopsie, on trouvait une hypertrophie compensatrice insuffisante de la portion restante du tube digestif ; aussi l'auteur conclut-il que la *résection de plus d'un tiers d'intestin expose l'animal à succomber à l'insuffisance de la digestion et de l'absorption intestinale*.

Trzebecki est arrivé à voir que la résection de la moitié de l'intestin était possible chez le chien et il concluait que l'homme pouvait vivre avec 2^m86 de moins d'intestin grêle.

Monari est allé encore plus loin en disant que le chien supportait la résection des 7/8 d'intestin, mais il ajoutait que l'opération était d'autant mieux supportée que la résection portait plus bas sur le trajet de l'intestin et que le sujet était plus jeune.

B). AU POINT DE VUE CLINIQUE

On a fait de nombreuses résections intestinales très étendues. La plupart de ces cas ont été rassemblés par Dreesman, Shepherd, Kukula et, récemment, par Barker (*The Lancet*, 1901).

29 fois, la résection a dépassé 1 mètre.

6 fois — — 2 mètres.

3 fois — — 3 mètres.

a). *Résections de plus d'un mètre.* — 15 fois, elle ne dépassa pas 1^m50 : dans tous ces cas il n'y eut aucun trouble ; 7 fois elle dépassa 1^m50 : les malades accusent quelques troubles digestifs. — Une malade de Barker, femme de 76 ans, chez laquelle une résection de 1^m65 fut faite, pour gangrène intestinale, a eu de la diarrhée pendant un certain temps. — Un malade de Schlatter, homme de 23 ans, subit une résection de 1^m92 d'intestin grêle : à l'analyse des fécès on trouva que la proportion d'azote était la même, mais que la graisse s'assimilait moins bien ; le malade gagna dix kilogs en trois semaines. Après sa sortie de l'hôpital il maigrit, ne pouvant supporter ni le pain ni la viande. Schlatter concluait qu'une résection ne pouvait être faite que si l'opéré avait une alimentation convenable. — Enfin, un malade de Baum, qui avait subi une résection de 1^m37 d'intestin, mourut, au bout de six mois, avec un affaiblissement progressif.

b). *Résections de plus de 2 mètres.* — Sur 6 cas on note 3 fois de la diarrhée, tant que l'alimentation ne fut pas rigoureuse. — Kukula réséqua 2 m. 37 d'intestin, pour une tumeur méésentérique, chez une femme de 38 ans : la malade eut de la diarrhée, mais l'auteur l'attribue à des ulcérations plutôt qu'au raccourcissement de l'intestin. — Shepherd, chez un homme de 28 ans, enleva 2 m. 15 d'iléon pour tumeur : malgré une diarrhée persistante, le sujet engraisa de 40 livres. — Dreesman, sur un homme de 36 ans, réséqua 2 m. 15 d'iléon pour gangrène : il y eut de la diarrhée, mise sur le compte d'une erreur de diète.

Dans les trois autres cas il n'y eut aucun trouble :

Kœberlé, résection de 2 m. 05 d'intestin grêle, chez une femme de 22 ans, pour rétrécissements tuberculeux multiples.

Kocher, résection de 2 m. 08 pour accident.

Blainay, résection de 2 m. 50 d'intestin, sur un enfant de 10 ans, pour traumatisme.

c). *Résections de plus de 3 mètres.* — Il en existe trois cas. — Montprofit a enlevé 3 m. 30 d'intestin grêle et de colon pour hernie étranglée. — Fantino a réséqué 3 m. 10 d'intestin sur un vieillard de 70 ans : un an après le sujet était bien portant, mais les aliments ne subissaient pas de profondes modifications, dans le tube digestif; une analyse montra que l'azote, la graisse, l'eau existaient en grande quantité dans les selles; l'absorption n'était pas parfaite. — Ruggi, sur un enfant de 8 ans, enleva, dans une première opération, 7-8 cent. d'iléon et, dans une seconde, 3 m. 30; il y eut une guérison complète.

Conditions dans lesquelles ont été pratiquées les larges entérectomies. — *Maladie.* — En établissant les conditions dans lesquelles on a pratiqué des résections étendues, on voit : 3 fois pour valvules, 8 fois pour gangrène herniaire; 10 fois pour tumeur mésentérique; 3 fois pour plaie; 4 fois pour tuberculose étendue (Guinard, Frank, Troje, Kœberlé), 2 fois pour fistule fécale (Kukula, Trendelenburg).

Age. — D'après l'âge, on voit sept cas entre 20 et 30 ans; six cas entre 30 et 40; cinq cas entre 40 et 50;

deux cas entre 50 et 60; trois cas au-delà de 70 ans. Deux fois on a opéré des sujets de moins de 10 ans (Ruggi, enfant de 8 ans, résection de 3 m. 30; Blainay, enfant de 9 ans, résection de 2 m. 50).

Succès relatif. — Il est difficile de donner un chiffre exact de la proportion des succès, car beaucoup de cas malheureux n'ont pas été publiés. En 1897, Harris et Herzog publiaient une statistique de 18 opérations, il y a eu 10 guérisons. Le nombre de cas publiés depuis montre que la proportion des succès doit être encore plus forte.

Conclusions. — Que conclure de tous ces faits? Comme le disait Monari, et comme Barker le soutient: *la résection est d'autant mieux supportée qu'elle porte plus bas et que le sujet est plus jeune.*

Il semble qu'il faille faire intervenir un autre facteur, surtout lorsqu'il s'agit des lésions que nous envisageons : c'est la *complexité des lésions qui nécessitent des manœuvres prolongées*; la plupart des cas rapportés ont trait à des plaies, des hernies étranglées, des tumeurs méésentériques; l'intestin n'est pas très éloigné des conditions normales, ce qui permet d'envisager la question presque au point de vue physiologique pur. Dans les tuberculoses intestinales, il existe, le plus souvent, des adhérences, une infiltration du méésentère qui prolongent l'opération, chose dangereuse chez des sujets affaiblis; aussi, pouvons-nous dire que les résections étendues ne trouvent pas leur indication nette dans les tuberculoses intestinales: le pronostic s'assombrit.

4. *Modes de réunion des anses intestinales.*

— On peut employer la *suture* ou le *bouton anastomotique*.

A). *SUTURE*.-- Nous ne décrivons pas tous les procédés de suture qui ont été usités et dont les meilleurs ont tous pour base le point de Lembert. MM. Terrier et Baudoin ont décrit un mode de suture, adopté par M. Hartmann, qui n'a donné que des succès à ses promoteurs et qui, sur le cadavre, réalise une réunion très exacte. Il consiste à faire : a) un *surjet séro-musculaire* à la partie postérieure (point de Lembert); b) un *surjet perforant* les tuniques en dedans du précédent, sur les deux faces; c) un *surjet séro-musculaire* à la face antérieure. En somme, c'est un surjet perforant inscrit dans un surjet à la Lembert.

Il existe trois moyens de réunir les anses intestinales sectionnées :

α) *L'entérorraphie circulaire*, le procédé qui paraît le plus simple; beaucoup d'auteurs ne le recommandent pas, car il amène, disent-ils, un rétrécissement marqué; nous l'avons vu, toutefois, employer dans les hôpitaux de Lyon, avec des résultats éloignés satisfaisants. Le principal reproche qu'on puisse lui adresser tient à ce que les anses à anastomoser sont de calibre inégal; dans ce cas, la réunion exacte est des plus délicates, même si l'on fait une section oblique.

β) *L'implantation latérale*, imaginée pour éviter le rétrécissement ultérieur est une opération difficile, longue, qui compte cependant de nombreux succès.

γ) *L'entéro-anastomose latérale*. Ce procédé consiste à juxtaposer deux anses intestinales, fermées au préalable, et que l'on réunit au moyen d'une anastomose faite en un point voulu.

D'après MM. Terrier et Baudoin, ce serait là un procédé parfait, offrant de nombreux avantages :

1° Il met en contact des surfaces sereuses de grandeur voulue, sans porter préjudice à l'intestin ; on a une soudure rapide et large des deux bouts.

2° La différence de calibre des anses intestinales n'est pas à considérer ; on peut faire, de plus, l'ouverture comme l'on veut.

On a reproché à ce procédé de créer un diverticule pouvant favoriser la stase des matières ; Senn et Reichel, dans leurs expériences, ne l'ont jamais observé. On a craint aussi pour la circulation ultérieure des matières. Von Frey, dans ses expériences, si démonstratives, a vu que le bout efférent arrivait à se mettre dans le prolongement du bout afférent, de sorte que l'on croirait à une entérorraphie circulaire, faite après résection oblique ; il y a même, au point de l'anastomose, une dilatation.

Pour arriver à ce résultat, il faut opposer les deux bouts de l'intestin dans le sens de la péristaltique (Von Hacker).

B). BOUTON ANASTOMOTIQUE. — Avec le bouton anastomotique on peut utiliser tous les modes de réunion indiqués, mais la réunion bout à bout reprend ici tous ses droits, car on ne craint ni la difficulté d'anastomose, ni le rétrécissement ultérieur.

Faut-il employer la suture ou le bouton anasto-

motique? C'est là une question encore non résolue en chirurgie abdominale; des deux côtés, les statistiques sont presque équivalentes; les uns préfèrent la suture, car elle est plus sûre et évite l'introduction d'un corps étranger dans le tube intestinal; les autres emploient le bouton en raison de la rapidité de son application. On a fait au bouton le reproche d'amener de la sténose, de l'occlusion, du sphacèle de la paroi et de pouvoir séjourner dans le tube digestif (Chaput). Nous avons discuté ces différents points avec M. Delore au sujet du traitement de l'anus contre nature. (*Revue de Chirurgie*, mai 1901).

Lorsqu'il s'agit de lésions tuberculeuses, les objections sont-elles encore valables? La sténose consécutive, le sphacèle des parois sont impossibles, si l'anastomose porte sur une partie entièrement saine; une suture faite en tissu malade causerait les mêmes accidents que le bouton. — L'occlusion semble difficile avec le bouton modifié par Villard; M. Hartmann l'a signalée à la suite d'une anastomose sur le gros intestin et il recommande, à ce sujet, de pratiquer un orifice de communication large; dans les cas d'anastomose iléo-sigmoïdale, on peut employer le bouton de gros calibre sans inconvénient; il est à rejeter lorsqu'on unit deux parties de gros intestin. — Le *séjour prolongé dans le tube* digestif est un argument plus grave; si le bouton séjourne dans le rectum, il n'y a aucun inconvénient. Mais le reproche s'adresse aux cas où l'on a fait une iléo-iléostomie et dans lesquels le bouton n'est pas évacué; il constitue, là, un corps étranger qui

peut perforer l'intestin ou causer de l'obstruction ; c'est ainsi que Lennander (Obs. 73) a dû retirer secondairement un bouton anastomotique qui s'était créé une sorte de diverticule dans la paroi intestinale. Lorsque le reste de l'intestin est libre (hernie étranglée, anus contre nature) cet accident n'est pas à redouter, mais, lorsqu'il s'agit de lésions tuberculeuses, que nous avons vues si souvent diffuses, on peut se demander s'il n'existe pas, plus bas, une valvule incomplète ou d'autres lésions pouvant arrêter le bouton. Aussi, pouvons-nous dire que, lorsque l'on doutera de l'état de la partie inférieure de l'intestin, mieux vaut la suture ; ce n'est que lorsque l'on aura constaté une lésion bien localisée, des anses sous-jacentes saines, que l'on pourra placer le bouton qui trouvera un chemin entièrement libre.

Nous pensons que ce soit là la seule contre-indication de l'emploi du bouton anastomotique ; l'opération est rapide, simple, la coaptation est parfaite, la suture solide. C'est pour toutes ces raisons que nous voyons, dans les services de nos maîtres, MM. Poncet et Jaboulay, employer presque uniquement le bouton anastotomique, et c'est devant les avantages qu'il fournit que nous croyons qu'il peut être utilisé dans les tuberculoses intestinales, avec, toutefois, la réserve faite plus haut.

B. — Observations d'entérectomies.

1^o RÉTRÉCISSEMENT UNIQUE (*Tuberculose limitée*).

OBS. 36, NOVARO, 1887 (*Giorn. della R. Acad. di Med. di Torino*, 1881). — H., 25 ans, occlusion brusque, sans

prodrôme. — Opération. *Sténose cicatricielle à 30 cent. de la valvule de l'iléon; entérectomie.* Guérison.

OBS. 37, CZERNY, 1889 (*Centr. f. Chir.*, 1889 : Beitr. z. Klin., Chir., Bd. VI). — F., 49 ans, fistule intestinale tuberculeuse à la suite d'un rétrécissement de l'intestin grêle. — *Entérectomie* (9 cent. d'iléon). Mort par perforation au lieu des sutures.

OBS. 38, TRENDELENBURG, 1889 (*In Becker : Deut. Zeit. fur Chir.*, Bd 39). — H., 18 ans, signes de sténose intestinale. Opération. *Un rétrécissement de l'intestin grêle. Entérectomie* (8 cent. iléon). Mort de péritonite.

OBS. 39, KOCHER, 1887 (*In Lanz : Corresp. Blatt. f. Schweiz. Aertze*, 1892, p. 34, et Sachs : *Deut. Zeit. f. Chir.*, Bd 39, p. 140). — F., 25 ans; depuis 7 ans, signes de sténose intestinale. — Opération. *Sténose tuberculeuse de l'intestin grêle. Entérectomie.* Guérison. Mort deux ans après.

OBS. 40, KÆNIG, 1889 (*Deut. z. f. Chir.*, Bd 34, Obs. II). — H., 26 ans, antécédents tuberculeux il y a neuf ans; douleurs intenses, ballonnement du ventre; accès douloureux typique. — Opération. *Sténose de l'intestin grêle; ganglions mésentériques; la séreuse a un aspect cicatriciel. Entérectomie* (8-9 cent.). Mort trois jours après.

OBS. 41, KÆNIG, 1890 (*Loc. cit.*, Obs. III). — H., 24 ans, depuis trois ans accès douloureux d'abord irréguliers, devenues hebdomadaires, localisés entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure droite, péristaltisme; clapotage. — Opération. *Sténose de l'intestin grêle; adhérence à la paroi; entérectomie* (12 cent.); extirpation des ganglions. Guérison datant de un an.

OBS. 42, KÆNIG, 1891 (*Loc. cit.* Obs. IV). — F., 52 ans; depuis six mois, signes d'occlusion chronique; bruits musicaux très violents; péristaltisme très net. — Opération. *Sténose de l'intestin grêle; un ganglion mésentérique. Résection de*

14 cent. d'intestin. Entérorraphie avec section oblique de l'anse efférente. Guérison datant de six ans.

OBS. 42, SALOMONI, 1896 (*Rif. Medica*, 1896). — H., 24 ans; début brusque par une douleur vive à la partie supérieure de l'abdomen; douleur persistante; par une erreur de diète, on vit une tumeur apparaître dans la région de l'hypochondre droit. — Opération. *Résection de 30 cent. d'intestin grêle* avec ganglions et mésentère. Guérison.

OBS. 44, TRÈVES (*The Lancet*, 4 janvier 1896, p. 16). — H., 21 ans; depuis cinq ans, coliques, vomissements, péristaltisme; amaigrissement de 42 livres en un an. — Opération. *Sténose de l'intestin grêle. Entérectomie*. Réunion au bouton de Murphy. Guérison.

OBS. 45, PANTALONI, 1898 (*Arch. prov. de Chir.*, 1898). — F., 33 ans; il y a dix mois, coliques, vomissements, amaigrissement; tumeur pelvienne accessible par le vagin; on croit à une tumeur de l'S iliaque. — Opération. Tuberculose de l'intestin grêle avec adhérence à la vessie. *Résection de 12 cent. d'intestin*. Guérison.

OBS. 46, ERDHEIM, 1898 (*Wiener Klin. Woch.*, n° 4. 1900, p. 85). — H., 36 ans. Début il y a quelques mois; douleurs abdominales; crises fréquentes après le repas, amaigrissement. Aux poumons quelques râles, l'examen de l'abdomen est négatif. Accès d'occlusion subaiguë. — Laparotomie. *Rétrécissement à la partie inférieure de l'iléon, résection de huit centimètres d'intestin*. Microscopiquement: lésion tuberculeuse. Mort. — Autopsie: autres lésions tuberculeuses de l'intestin; tuberculose pulmonaire.

OBS. 47, MAYO, 1899 (*New-York med. Journal*, 1899, août, p. 233). — H., 18 ans; cinq mois auparavant, vomissements, douleurs à l'hypogastre; guérison, puis récurrence; accès d'occlusion aiguë. — Opération. Tuberculose de l'iléon: deux anses intestinales sont réunies; en essayant de les séparer on fait une déchirure; *résection de quatre pouces d'iléon*;

entérorraphie circulaire, très pénible en raison du calibre du segment sus-jacent ; fistule passagère. Guérison.

OBSERVATION 148

(Personnelle, recueillie dans le service de M. JABOULAY)

TUBERCULOSE STÉNOSANTE HYPERTROPHIQUES SIÉGEANT A 10 CENTIMÈTRES DE LA VALVULE ILÉO-CŒCALE. — OCCLUSION CHRONIQUE ET OCCLUSION AIGUE. — ENTÉRECTOMIE. — ENTÉRO-ANASTOMOSE BOUT A BOUT ; BOUTON DE MURPHY. — GUÉRISON DATANT DE DEUX ANS.

D. R..., âgé de 37 ans 1/2, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, service de M. Jaboulay ; il est envoyé du service de M. Bouveret, lequel a jugé que son affection nécessitait une laparotomie exploratrice.

On ne trouve rien dans ses *antécédents héréditaires* ; ses parents sont morts, âgés de 72 ans et 56 ans, d'affection indéterminée. Une sœur mariée bien portante, ayant un enfant jouissant d'une bonne santé.

Dans ses *antécédents personnels*, il n'a jamais eu de pleurésie, de bronchites, de troubles gastriques ou intestinaux, pas de signes de scrofule ; il a fait son service militaire, a eu pendant ce temps une fièvre typhoïde légère ; pas d'enfants.

C'est au mois de juillet 1899, c'est-à-dire cinq mois avant son entrée qu'il fait remonter le *début* de ses accidents ; à ce moment, il reçut un choc dans le ventre et lui attribue tous les symptômes qu'il ressent ; en réalité, ils sont antérieurs à cet accident ; celui-ci, du reste peu important, a coïncidé avec une aggravation des phénomènes.

Le malade commença, tout d'abord, à digérer difficilement ; quelques heures après le repas il souffrait au niveau de la fosse iliaque droite ; il ne vomissait pas, mais les selles étaient difficiles, irrégulières, parfois diarrhéiques, il resta ainsi deux mois chez lui sans se soigner, en surveillant seulement son régime. Peu à peu,

les douleurs s'accusèrent ; c'est trois heures après le repas qu'elles atteignaient leur maximum ; elles siégeaient toujours dans la fosse iliaque droite ; le ventre se météorisait à ce niveau ; le malade entendait, à ce moment, des bruits intestinaux qui se passaient au-dessous de la paroi qu'il comparait au bruit que ferait une machine à vapeur en marche. Ces douleurs duraient environ un quart d'heure ; le ventre demeurait sensible encore quelque temps, puis tout cessait.

Il resta deux mois en traitement à l'hôpital de Vienne, puis vint à Lyon.

A son entrée, le malade présentait les mêmes troubles ; les accès douloureux, semblables à ceux qu'il ressentait, survenaient deux fois par jour ; ils parurent diminuer d'intensité et de durée sous l'influence du régime et du repos ; il n'y avait aucun trouble fonctionnel ; pas de toux, pas d'autres manifestations.

A l'examen du malade, on constatait que l'abdomen était météorisé, généralement ; pas de circulation complémentaire.

La palpation était douloureuse au niveau de la fosse iliaque droite ; le point de Mac-Burney n'était pas particulièrement sensible, la douleur maximum siégeait un peu au-dessous et en dedans de lui ; à ce niveau il y avait de la défense musculaire de la paroi. Par une palpation profonde et progressive on sentait une région empâtée, dure, mais il était impossible de fixer les dimensions et le siège de cette tuméfaction.

La percussion montrait un tympanisme généralisé.

Les chocs sur l'abdomen déterminaient un léger péristaltisme, mais n'arrivaient pas à reproduire l'accès douloureux ; celui-ci se produisait d'une façon irrégulière, le plus souvent après le repas du matin. A ce moment, l'abdomen se météorisait au niveau de la fosse iliaque droite, une *tuméfaction apparaissait ; elle était transversale au-dessous de l'ombilic* et avait la largeur de la paume de la main ; elle

était très sonore ; la paroi était tellement résistante et douloureuse qu'on ne pouvait la déprimer ; le clapotage n'a pas été obtenu ; on entendait, pendant la durée de l'accès, un gargouillement prononcé. Puis, lorsque cessait la douleur, la tuméfaction disparaissait, la paroi devenait souple.

Par le toucher rectal on sentait, à droite et en haut, au niveau de la fosse iliaque, un empâtement manifeste ; il y avait de la douleur, il était impossible de se rendre un compte exact de la nature et des rapports de cette masse.

Pas de vomissements.

Les *selles* étaient souvent diarrhéiques ; on n'y a jamais vu de stries sanguinolentes.

Le reste de l'examen était négatif : rien aux poumons, rien au cœur, rien du côté de l'appareil urinaire.

L'état général était relativement bon ; l'amaigrissement était cependant de 10 kilogs depuis le début de la maladie ; l'appétit était faible ; le malade se privait surtout de manger, pour éviter les douleurs.

En présence de ces signes on porta le diagnostic de sténose de l'intestin, de nature et d'origine douteuse ; le siège, dans la fosse iliaque, pouvait être en faveur d'une appendicite ayant amené la formation de brides péri-cœcales. Quoiqu'il en soit, la laparotomie exploratrice fut décidée.

Opération le 15 décembre 1899 (M. Jaboulay). — Anesthésie à l'éther. Incision suivant le bord externe du grand droit, du côté droit.

Après ouverture du péritoine, les anses intestinales, dilatées, congestionnées, tendent à s'échapper de la cavité abdominale. La main, dirigée du côté du cœcum, reconnaît cet organe ; il est affaissé, normal ; l'appendice est absolument intact, libre de toute adhérence. En se reportant un peu vers la ligne médiane, on rencontre une agglomération fibreuse d'épiploon, de mésentère, d'anses intestinales pouvant faire faire croire à une ancienne péritonite tuberculeuse ; au milieu,

on distinguait une anse intestinale vascularisée, très dilatée, très épaissie; se guidant sur elle, M. Jaboulay reconnut, à l'entrée de l'excavation, presque au milieu de la ligne innominée du côté droit, fixée solidement aux parois, une anse intestinale, épaissie, très dure, très fibreuse; après quelques tractions, elle fut attirée au dehors; on reconnut alors une sténose très serrée, obturant presque complètement la lumière intestinale; au-dessus d'elle, l'intestin est très dilaté, très hypertrophié, recouvert d'un semis de granulations; la portion du mésentère correspondant à l'intestin était infiltrée de matières caséuses.

Toute cette portion malade était facilement isolable; l'intestin fut sectionné bien en dehors de la zone malade, ainsi qu'une portion du mésentère infiltré.

Ligature en chaîne du mésentère. Les deux anses intestinales qu'il reste à affronter sont d'un calibre inégal; le segment supérieur est le double du segment inférieur; les deux parties du bouton de Villard sont placées sans difficultés; après leur juxtaposition, une rangée de points séro-séreux est faite, pour que l'affrontement soit aussi parfait que possible.

Le reste de l'intestin grêle et du gros intestin est sain.

Suture de la paroi à trois plans.

L'opération a duré vingt minutes.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération, douleurs abdominales violentes; il y a eu des gaz.

16 décembre. — Pas de température. Débâcle abondante de matières jaunâtres, liquides, sans stries sanguinolentes; le malade a souffert avant cette selle; depuis il est très calme et ne se plaint nullement.

18 décembre. — Bon état; alimentation lactée.

24 décembre. — Au milieu des selles, on retrouve le bouton, très bon état.

27 décembre. — Le malade est présenté à la Société des Sciences médicales; il est entièrement guéri.

28 décembre. — Sortie de l'hôpital.

Revu au mois de mai 1900. — L'état est toujours bon ; les accès douloureux n'ont pas reparu, le malade a engraisé ; il mange peu à la fois, mais souvent.

Nous avons revu le malade plusieurs fois dans le courant de l'année (la dernière fois, le 8 août) ; il est employé aux télégraphes, fait de longues courses, sans ressentir grande fatigue. Son état général est excellent ; il a beaucoup d'appétit, digère tout ; les selles sont régulières ; il n'a eu qu'une fois des coliques, dues à un excès de nourriture.

Localement, le ventre est très souple, on ne perçoit aucun empatement au lieu même de l'opération, pas de douleur, pas de météorisme. Rien aux poudons.

Le résultat est excellent et peut être considéré comme définitif.

Examen de la pièce. — La portion d'intestin enlevée mesure 10 cent. de long ; elle se trouve à 20 cent. environ de la valvule iléo-cœcale.

Extérieurement, la séreuse est dépolie, parsemée de granulations, de fausses membranes en certains points, ridée transversalement en d'autres ; la petite portion de mésentère qui y adhère présente des masses nettement caséuses.

Le diamètre de la partie supérieure est de 7 cent. ; au niveau du point rétréci, il peut être évalué à 3 cent. et à la partie terminale, il n'est que 2 cent. 1/2. La sténose est très serrée, laisse passer du liquide qu'on introduit, admet à peine un petit porte-plume ; elle est absolument inextensible.

A la coupe, on reconnaît alors une modification considérable des parois. Au niveau du rétrécissement, l'épaisseur atteint 1 cent. 1/2, et cela, sur une distance de 3 ou 4 cent. Le segment sus-jacent à la sténose mesure 7 cent. d'épaisseur, la paroi est très épaisse, fibreuse, irréductible. La partie sous-jacente à la sténose est excessivement mince, molle. Sur la coupe, on reconnaît les différentes couches intestinales : la couche sous-séreuse est très épaissie, fibreuse ; la celluleuse a triplé de volume ; la tunique musculieuse est facilement reconnaissable et se présente sur toute la longueur

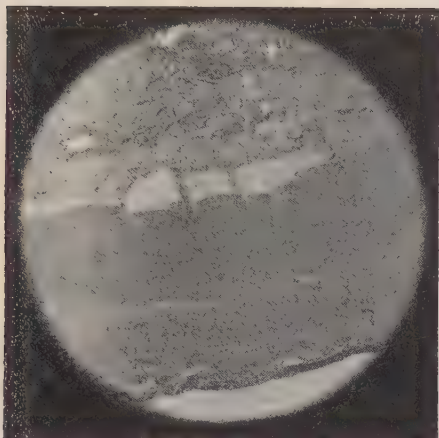


FIG. VII. — Sténosé tuberculeuse hypertrophique ; la couche musculaire est bien nette ; à un fort grossissement, on constate des lésions d'infiltrations analogues à celles qui ont été décrites dans le segment sus-jacent. La sous-muqueuse est considérablement épaissie (La figure représente à peine la moitié de la coupe).

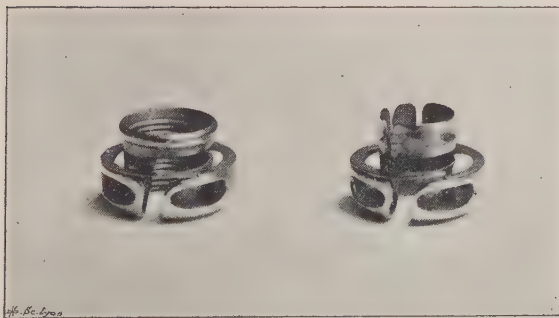


FIG. VIII. — Bouton anastomotique permettant, dans les anastomoses latéro-latérales, de n'utiliser aucune suture (Jaboulay).

du segment intestinal, sous la forme d'un petit ruban brun, faisant contraste avec la couleur blanche des tuniques qui l'entourent ; il mesure environ 1 mill. $1/2$ d'épaisseur au niveau même de la sténose, il est aminci.

On peut dire, en somme, macroscopiquement, que, au niveau de la sténose et du segment sous-jacent, l'épaississement porte principalement, sur les deux tuniques celluleuse et séreuse.

La surface interne au niveau du rétrécissement offre un aspect particulier ; on y reconnaît des sortes de végétations, ressemblant à de petits polypes ; on trouve aussi la trace de petites ulcérations guéries ; d'autres sont encore en évolution. Au niveau du segment sus-jacent, la muqueuse paraît conservée, elle est tomenteuse, il n'y a pas d'ulcérations.

Examen histologique. — La pièce a été mise dans l'alcool fort, quelques fragments ont été prélevés pour l'examen histologique ; ils ont été placés successivement dans l'alcool à 93°, à 95°, puis dans l'alcool absolu, xylol et paraffine. Les coupes ont été faites au microtome, dans les laboratoires de MM. les professeurs Poncet et Fochier, les colorations ont été faites à l'éosine hématoxytique ou au carmin aluné. Notre ami le docteur Cade, chef de clinique médicale, a bien voulu se charger de les interpréter, nous le remercions ici de toute la bienveillance qu'il y a apportée.

Les coupes ont porté sur trois points de la portion rétrécie : au milieu, au commencement et à la fin.

1° *Au milieu du rétrécissement.* (Fig. 7.)

La *couche conjonctive sous-péritonéale* est épaissie considérablement ; du côté externe, on voit une lame de tissu fibreux, dense, avec de nombreuses cellules néoformées ; plus profondément, les fibres conjonctives sont moins serrées, avec de nombreux vaisseaux et une infiltration abondante de petites cellules ; par place, elles forment des îlots d'infiltration embryonnaire ; ce tissu envoie des travées dans la couche longitudinale du muscle.

La *musculeuse* est épaissie : dans la couche circulaire, la

scélrose paraît plus marquée; partout, les fibres sont séparées par des éléments inflammatoires; à leur intérieur, on remarque quelques petits grains plus foncés.

La *muqueuse* a disparu, en un point peu étendu, on voit la *muscularis mucosæ* épaissie, les faisceaux de fibres sont dissociés par du tissu conjonctif.

La *sous-muqueuse* est épaissie: elle présente une infiltration tellement considérable que l'on dirait un follicule clos géant; par endroits, on voit de petits îlots arrondis, formés par des lymphocytes tassés les uns contre les autres; pas de cellules géantes nettes; pas de point caséifié. Au milieu de ces éléments, on trouve des fibres musculaires lisses, éparses, appartenant nettement à la tunique musculaire.

En somme, *épaississement de la paroi intestinale, sclérose diffuse, nodules d'inflammation récente*, vraisemblablement tuberculeuse.

2° *À la périphérie du rétrécissement (partie inf. et partie sup.)*

La *muqueuse* est très altérée; en aucun point on ne trouve de cellules calyciformes, mais on rencontre la partie profonde des tubes glandulaires, recourbés comme des culs-de-sac pancréatiques.

La *muscularis mucosæ* est dissociée en fascicules volumineux.

La *sous-muqueuse* présente les mêmes lésions que précédemment, l'infiltration se prolonge entre les tubes glandulaires; les nodules inflammatoires sont plus nombreux, ici l'aspect rappelle davantage celui d'un follicule tuberculeux.

La *musculeuse* est épaissie, mais beaucoup moins; elle est dissociée également par une inflammation interstitielle.

La *tunique sous-séreuse* présente les mêmes lésions, il n'y a pas non plus d'endothélium péritonéal.

Pour l'examen du segment sus-jacent. (Voir fig. 1, 2 et 3.)

II. Rétrécissements multiples.

OBS. 49, KœBERLÉ, 1880 (*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 25 janvier 1881). — F., 22 ans. Depuis 2 ans, coliques doulou-

reuses, accès d'occlusion répétés dans le courant de l'année. Il y avait trois points d'occlusion intestinale. — *Opération.* 4 rétrécissements sur 2 m. d'intestin grêle; toute cette partie fut excisée entre deux ligatures; 12 ligatures sur le mésentère. Les deux bouts d'intestin furent rapprochés l'un de l'autre. L'entérotomie spontanée se fit le troisième jour. 25 jours après la fistule était fermée. L'opération a duré trois heures. On n'a pas employé les méthodes antiseptiques de Lister.

OBS. 50, TRENDLENBURG, 1889 (*Becker Deutsch. Z. f. Chir.*, 1894, Bd 39, p. 138. Obs. 12). — H., 18 ans. Symptômes de sténose intestinale. — *Opération.* 5 rétrécissements tuberculeux de l'intestin grêle. Entérectomie : *résection de 8 cm. d'intestin.* Mort dix jours après.

OBS. 51, FRANCK, 1890 (*Prager med. Woch.*, 1890, XV, n° 23, p. 289). — F., 26 ans. Symptômes d'annexite double. — *Opération.* Les deux tuniques enlevées, on constate que les ganglions du mésentère sont envahis. Au-dessus de la valvule iléo-cœcale, *premier rétrécissement.* Plus haut, *deux autres rétrécissements* échelonnés sur une longueur de 40 cm. *Résection de 75 cm. d'intestin avec mésentère et ganglions.* Entérorraphie circulaire. Guérison.

OBS. 52, FRANCK, 1892 (*Wiener Klin. Woch.*, 1892, p. 134). — F., 25 ans. Signes de pérityphlite. Tumeur dans la fosse iliaque droite. — *Opération.* *Trois sténoses* de la partie inférieure de l'iléon : la première à 80 cm. du cœcum. Envahissement du cœcum. *Résection de 1 m. d'intestin.* Guérison.

OBS. 53, SALZER, 1892 (*Arch. f. Klin. chir.*, 1892, Bd 43, p. 134). — H. Depuis 2 ans, signes de sténose. Tumeur dans la fosse iliaque droite. — *Opération.* *Rétrécissements multiples de la fin de l'iléon.* Envahissement du cœcum et d'une partie du côlon ascendant. — *Résection de 10 cm. d'intestin* (8 de côlon et 2 d'iléon). La résection n'est pas poussée plus haut sur l'intestin grêle, en raison de l'état du malade. Entérorraphie. Guérison.

OBS. 54, ZAHLMANN, 1892 (*Hospital's Tidende*, 1892, et *Centr. f. Chir.*, 1893, p. 107). — F., 17 ans. *Rétrécissements multiples de la fin de l'iléon*. Envahissement du cœcum. Résection de 18 cm. d'iléon et de 72 cm. de colon. Guérison.

OBS. 55, ROTTER, 1892 (Fetsch. zum gold Jubil. d. St-Hedwigs-Krankenh. Berlin, 1896). — F., 7 ans. Diarrhée, amaigrissement, accès douloureux. — Opération. 7 *sténoses au milieu de l'intestin grêle*. Entérectomie. Guérison.

OBS. 56, KÆNIG, 1892 (*Deutsch. Z. f. Chir.* Bd 34, obs.V). — F., 33 ans. Depuis 2 ans, signes de sténose. Accès douloureux avec bruits musicaux. — Opération. 2 *rétrécissements* au voisinage de la valvule de Bauhin, sur l'intestin grêle. Ganglions mésentériques. Résection de 16 cm. d'intestin. Guérison.

OBS. 57, VOHTZ, 1892 (*Hospitals Tidende Kjobenhaven*, 1892, et *Centralbat f. Chir.*, 1893, p. 108). — F., 38 ans, accidents d'occlusion aiguë, au cours de la laparotomie. deux *sténoses* de l'intestin grêle, l'une à 30 cent., l'autre à 1 m. 30 de la valvule de Bauhin. *Double entérectomie* (18 cent. d'un côté, 24 cent. de l'autre). Guérison. Elle s'est maintenue (Derocque : Th, Paris, 1897, p. 188).]

OBS. 58, BECKER, 1894 (*Deutsch. Z. f. Chir.*, 1894, p. 94). — F., 38 ans. 5 *sténoses de l'intestin grêle*. Résection de 42 cent. d'intestin. Mort.

OBS. 59, KÆNIG, 1895 (*In Johnson. Inaug. Dissert. Göttingen*, 1899). — H., 14 ans. Fièvre typhoïde et péritonite dans les antécédents; accès douloureux toutes les dix minutes; météorisme, péristaltisme; résistance dans l'hypochondre gauche; amaigrissement très marqué. Opération. 2 *sténoses tuberculeuses* du jejunum, adhérences à l'estomac. Résection de deux anses intestinales de 10 à 40 cent.; anastomose au bouton de Murphy. Mort quelques heures après. Autopsie : 2 strictures sur le milieu du jejunum. Rien aux poumons.

OBS. 60, TROJE, 1897 (*Berliner Klin. Woch.*, 1898, et *Centr. f. Chir.*). — F., 25 ans. Résection de 1 m. 15 d'intestin. 4 sténoses de l'intestin grêle. Microscopiquement : lésions tuberculeuses. Guérison.

OBS. 61, FLETCHER, 1897 (*St-Bartholomew's, Hosp. reports*, 1896, 32, p. 473). — H., 34, signes d'obstruction chronique depuis plusieurs mois. Opération, 4 rétrécissements dans la partie terminale de l'iléon ; entérectomie, bouton de Murphy, éliminé dix jours après. Guérison.

OBS. 62, MATAS, 1897 (*The Philadelphia med. Journal*, 9 juillet 1898, II, p. 73). — H., 49 ans ; douleurs abdominales depuis deux mois principalement, et apparition d'une tuméfaction à gauche de l'ombilic. Vomissements, constipation ; accès douloureux survenant deux heures après le repas (péristaltisme et météorisme localisé). *Opération*. On trouve une anse intestinale recourbée en fer à cheval et adhérente à l'épiploon. 3 rétrécissements hypertrophiques du jejunum, le premier à 1 m. 20 du pylore. *Résection de 40 cent.* d'intestin. Guérison ; le malade a repris 80 livres.

OBS. 73, LENNANDER, 1897 (*Berlin. Klin. Woch.*, 1898, n° 32). — F., 37 ans ; douleurs violentes dans l'abdomen depuis onze mois, surtout à droite ; accès d'occlusion aiguë. Appendicectomie en juillet 1896. Depuis, les symptômes d'occlusion n'ont pas cessé : accès douloureux ; sensation de nœuds dans l'abdomen ; météorisme, tympanisme. Rien aux poumons. — *Opération* en janvier 1897. On trouve, au voisinage du cœcum, une anse grêle, épaissie, dilatée. 4 sténoses sur cette partie d'iléon, dont l'une à 50 cent. de la valvule de Bauhin ; l'iléon est sain à sa terminaison ; ganglions mésentériques et traînées lymphangitiques. *Résection de 41 cent. d'intestin*. Bouton de Murphy. Un an plus tard nouvelles douleurs ; laparotomie ; le bouton de Murphy n'avait pas été rejeté ; il s'était logé dans un diverticule d'intestin, il fut enlevé. Guérison complète. Anatomie pathologique : tuberculose.

OBS. 64, KROGIUS, 1899 (*Deutsch. Z. f. Chir.*, 1852, p. 613, et *Centralb. f. Chir.*, 1899, p. 1366). — F., 33 ans, antécédents tuberculeux; quelques signes de phtisie pulmonaire; depuis trois mois, douleurs intestinales, occlusion chronique; on sent deux tumeurs dans l'abdomen, mobiles. — Laparotomie. Sur l'intestin grêle, on trouve 2 *sténosés*. *Double entérectomie et suture*. Le cœcum présente également des lésions tuberculeuses; on fait une *résection cœcale et une anastomose iléo-colique* avec le bouton de Murphy. Guérison. La malade est morte un an plus tard, à la suite d'une cholécystite suppurée (péritonite consécutive).

OBS. 65, GUINARD, 1899 (*Soc. Chir.*, 1899, 22 mai). — F., 4 *rétrécissements* de l'intestin grêle à sa partie terminale. Résection de 1^m10 d'intestin. Guérison.

OBS. 65, TUFFIER, 1899 (*Presse Méd.*, 21 février 1900 et Félix, th. Paris, 1900). — F., 53 ans, troubles digestifs depuis trois ans, accès douloureux 5 heures après le repas: amaigrissement. Tumeur arrondie dans la fosse iliaque droite. — Laparotomie; incision de Roux. Tumeur formée par le côlon transverse, l'épiploon, les anses grêles; on isole l'intestin grêle, au voisinage du cœcum. 2 *rétrécissements*, 2 *résections de 12 cent.* Anastomose latéro-latérale, après fermeture en bourse. Examen anatomique. Tuberculose hypertrophique.

C. — Résultats d'ensemble.

MORTALITÉ

Rétrécissements uniques: 13 cas, 4 morts, 9 guérisons.

Rétrécissements multiples: 18 cas, 3 morts, 15 guérisons, soit 7 morts sur 31 cas. c'est-à-dire 23 0/0.

La mort est survenue au début de l'emploi de la méthode, par défaut de suture, ou péritonite, ou

shock opératoire. La guérison est signalée maintenue dans sept cas seulement; 1 an, 3 fois; 2 ans, 3 fois; 3 ans, 2 fois; 6 ans, 1 fois (Kœnig).

ÉTENDUE DE LA RÉSECTION

De 1 à 10 cent.....	9 fois.
De 10 à 20 cent.....	7 fois.
De 20 à 30 cent.....	5 fois.
De 40 à 50 cent.....	4 fois.
Au-delà de 50 cent.....	2 fois.

Franck a réséqué 1 m. ; Guinard, 1 m. 10 ; Troje, 1 m. 15 ; Kœberlé, 2 m. 05.

On a fait une *double résection* 4 fois (Worhiz), 18 et 12 cent. ; Kœnig, 10 à 14 cent. ; Krogius, Tuffier, 12 cent. et 12 cent.

Bouton de Murphy. — On l'a employé dans quatre cas (Trèves, Krogius, Jaboulay, Lennander) ; dans le cas de Lennander, on dut intervenir pour le retirer, car il s'était invaginé dans les parois intestinales.

Comparaison avec les résections iléo-cæcales. — D'après la thèse de Machard, qui a rassemblé 63 cas d'extirpation du cœcum pour lésions tuberculeuses, on a les résultats suivants : Guérisons, 49 ; Morts, 14, soit 22, 2 0/0 ; Morts post-opératoires, 10, soit 15 0/0. Parmi les procédés de suture, c'est l'implantation latérale de l'iléon dans le côlon qui a donné les meilleurs résultats.

Comme on le voit, la proportion de mortalité est la même que pour les tuberculoses de l'intestin grêle.

Art. IV. — Entéro-anastomose

L'entéro-anastomose constitue la seconde méthode principale de traitement des lésions tuberculeuses de l'intestin grêle ; elle a pour but de rétablir la circulation des matières en contournant la lésion, cause de leur arrêt.

A. — Particularités opératoires.

1^o *Choix des anses intestinales.* — Après la laparotomie, une fois l'entéro-anastomose décidée, il faut choisir deux anses intestinales, l'une au-dessus de la lésion, l'autre au-dessous ; si la lésion est complexe ou étendue, il est parfois difficile de savoir distinguer ces deux segments ; mais, d'une façon générale, une exploration complète, la constatation du péristaltisme, de la diminution de calibre du segment sous-jacent, mettront sur la voie. Quoiqu'il en soit, *il faut que ces deux anses puissent être attirées hors de la plaie, et il faut qu'elles soient saines.*

a). *Il faut les attirer hors de la plaie*, ce qui est presque toujours possible, pour l'intestin grêle ; on peut garnir son champ opératoire de compresses et opérer au jour ; cette luxation au dehors, pour ainsi dire, est un des éléments de succès de l'entéro-anas-

tomose ; lorsque les anses intestinales seront réintégrées dans l'abdomen, on sera sûr qu'il ne s'exercera aucun tiraillement sur le siège de l'anastomose.

b). *Il faut s'assurer que les anses soient saines*, condition que nous avons vue essentielle pour l'entérectomie, indispensable pour une suture, quelle qu'elle soit ; se méfier, par conséquent, d'une paroi épaissie, ne présentant pas la souplesse normale.

2° **Variétés d'anastomose**. — Au sujet du mode d'anastomose, il faut distinguer trois cas.

a) La lésion siège à la partie supérieure de l'intestin grêle : on fait une *gastroentérostomie* ou bien une *gastroduodénostomie* (Villard), si la première partie du duodénum est seule envahie.

b) La lésion siège sur le trajet de l'intestin grêle : on fait une *iléo-iléostomie*, si l'on constate que les segments avoisinants sont sains.

c) La lésion siège à la partie inférieure de l'iléon, on fait une *iléocolostomie*, si le cœcum est intact et l'on choisit le côlon ascendant.

Une *iléosigmoïdostomie* si le cœcum est envahi ; cette anastomose est préférable à l'anastomose avec le côlon ascendant et avec le colon transverse, car les matières ne peuvent venir au contact de la lésion et s'accumuler peut-être au niveau du cœcum ; la longueur plus ou moins grande de gros intestin comprise entre l'anastomose a, nous le verrons, peu d'importance.

3° **Mode de réunion**. — On peut employer, comme pour l'entérectomie, la suture ou le bouton

anastomotique ; le manuel opératoire général est le même que précédemment. Mais ici, on peut utiliser le *bouton anastomotique*, construit par M. Lumière sur les indications de MM. Jaboulay et Bérard (Fig. 8).

« Ce bouton, dit M. Jaboulay, supprime la suture, et réalise, sans elle, sa contention parfaite dans le viscère où il entre. En un point du rebord extérieur est creusée une *fente* qui atteint dans la profondeur la moitié du cylindre central. C'est dans cette fente que va être introduite une lèvre du viscère après sa ponction ; cette fente doit avoir une *longueur* égale à l'*épaisseur* du rebord, soit 1 centimètre seulement. La pièce, mâle ou femelle, est présentée par sa fente à l'orifice intestinal, de champ, à l'aide d'une pince hémostatique qui tient le cylindre et sert à imprimer le mouvement de rotation qui produit la pénétration. Lorsque l'appareil est introduit à moitié dans la lumière du viscère, il faut changer sa direction, le redresser de façon que le cylindre devienne perpendiculaire aux parois, de parallèle qu'il était jusqu'ici, puis continuer le mouvement de torsion. Cette deuxième partie de la pénétration peut être moins facile que la première et exiger parfois un certain effort. Quand la pièce est entrée dans le viscère, elle tient en place. Voici comment : 1^o la paroi viscérale est entrée dans la fente qui part du rebord externe et atteint le milieu du cylindre central ; 2^o l'ouverture faite au viscère est plus petite que ce cylindre et l'enserme avec force.

Ainsi toute suture est inutile. L'engrènement se

fait comme d'habitude. On remarquera qu'une lame passe comme un pont sur l'encoche du rebord ; elle peut être soulevée du côté où la fente atteint le cylindre ; elle était nécessaire pour que l'engrènement des deux pièces pût comprimer les tuniques viscérales, sans elle, la région de l'encoche n'aurait pas établi le contact suffisant des deux viscères et aurait laissé leur contenu s'échapper. »

4^o *Longueur d'intestin que l'on peut comprendre entre l'anastomose.*

Ce que nous avons dit au sujet de la résection trouve ici une application directe. On peut encore être plus large dans une entéro-anastomose que dans une entérectomie, car la portion d'anse intestinale comprise entre l'anastomose n'est pas complètement supprimée ; elle est *exclue partiellement*, terme défec-tueux qui pourrait prêter à confusion avec l'exclusion proprement dite ; *la circulation des matières*, comme l'a montré Senn, *persiste encore en partie* ; l'absorption a lieu. Aussi ne faut-il pas hésiter à sacrifier quelques centimètres d'intestin pour réaliser les conditions d'une bonne suture.

Lorsqu'il s'agit d'anastomose de l'intestin grêle avec le gros intestin, la question est plus simple. Kukula dit que la suppression du gros intestin est sans danger. Lardennois a pratiqué des entéro-rectostomies et a vu que cette intervention était physiologiquement possible : il a observé sur les animaux en expérience de la diarrhée ; ce fait n'a rien qui doive surprendre, car la physiologie enseigne

que le gros intestin, le cœcum principalement, est la chambre d'exhaustion des matières fécales; cependant une malade (Obs. 95), chez laquelle on avait pratiqué une anastomose iléo-sigmoïdale, n'a pas eu de diarrhée. Giordano, qui a préconisé l'iléo-sigmoïdostomie dans le traitement de la colonectésie et de la colite ulcéreuse, ne mentionne pas la diarrhée dans les suites opératoires. Enfin, Roux, au Congrès de 1900, ne disait-il pas que la vie était compatible avec 1 m. 50 d'intestin grêle et la moitié du côlon, le reste étant exclu; ce qui prouve, sans aller aussi loin, que l'on peut élargir les limites de l'entéro-anastomose.

B. — Observations d'entéro-anastomose.

1^o RÉTRÉCISSEMENT UNIQUE (*tuberculose limitée*).

OBS. 67, HACKER, 1888 (*Wiener Klin. Woch*, 1888, numéros 17-18, et Comte : *Revue de la Suisse romande*, 1889, p. 581, et 1890, p. 414). — F., 15 ans, signes de sténose et douleur dans la fosse iliaque droite.—Opération : *sténose au voisinage du cœcum, iléo-colostomie*; au cours de la toilette péritonéale, on découvre une autre sténose de l'intestin grêle; *entéroplastie*. Guérison.

OBS. 68, RIEDEL, 1888 (*Deutsch med. Woch*, 1886, p. 252 et 274. *Centralb. f. Chir.*, 1890, et Comte (*Suisse romande*, 1890, p. 417). — Tuberculose de l'intestin grêle. *Iléo-iléostomie*. Guérison.

OBS. 69, SCHILLER, 1893 (*Beitr. z. Klin. Chir.* 1893). — H., 43 ans.; péritonite antérieure; depuis 1891, coliques, accès douloureux de trois minutes, accompagné de borborrygmes. — Opération : Sténose de l'intestin grêle; envahisse-

ment du cœcum. *Iléocolostomie* (côlon transverse). Fistule consécutive; ablation secondaire du côlon. Guérison complète.

OBS. 70, SCHILLER, 1894 (Beitr. z. Klin. Chir. 1893). — F., 40 ans, antécédents tuberculeux; signes de sténose intestinale.—Opération: sténose de la fin de l'iléon. *Iléocolostomie*; selles au cinquième jour de l'opération; a pris 22 livres en trois mois; en 1896, état toujours excellent.

OBS. 71, SENN, 1896 (*The Journal of the american med. Assoc.*, 21 mai 1898, p. 1200). — H., 16 ans, sans antécédents tuberculeux. En 1895, signes de sténose; en 1896, il avait maigri de 40 livres; *accès d'occlusion aiguë*. — Opération. Ganglions mésentériques, granulations péritonéales; à la partie inférieure de l'iléon, sténose; *iléo-iléostomie* sans bouton. Guérison; deux ans plus tard, le malade avait engraisé de 27 livres.

OBS. 72, HAHN, 1894 (*In Sorensen, Deutsch. Z. f. Chir.*, mars 1001. Obs. 1). — H., 54 ans, tuberculose héréditaire; Depuis quatre ans, coliques, péristaltisme; accès d'occlusion aiguë. — Opération. *Sténose de la partie inférieure de l'iléon; iléo-colostomie*. Guérison depuis cinq ans.

20 RÉTRÉCISSEMENTS MULTIPLES ET TUBERCULOSES DIFFUSES

OBS. 73, ROSENBACH, 1895 (*In Johnson, loco citato*). — H., 37 ans, tumeur blanche du genou, ancienne. — Opération. *Sténoses cicatricielles*, étendues sur 1 m. 15 d'intestin grêle; l'état du malade ne permettant pas une résection, on fit une *entéro-anastomose*; durée: trois quarts d'heure. Guérison. En 1897, le malade présenta des signes de péritonite par perforation; il fut opéré par Trendelenburg, qui trouva dans l'abdomen un noyau de pruneau. Mort. A l'autopsie, on trouva d'autres perforations; la tuberculose était encore en évolution, au voisinage de l'anastomose.

OBS. 74, HOFMEISTER, 1896 (Beitr. z. Klin. Chir., 1817, p. 579, 1896). — H., 32 ans, depuis quatre ans, douleurs irrégulières dans l'abdomen; brusquement *occlusion aiguë*. — Opération (Bruns); on trouve des points rétrécis sur le trajet de l'intestin grêle, *au nombre de 10*; l'intestin a l'air d'une chaîne de saucisse, sur une longueur de 2 mètres; ganglions. Le professeur Bruns tint la résection pour non indiquée; anastomose entre les parties supérieures et inférieures de l'intestin. Mort le soir. — Autopsie: les sutures avaient cédé sous la pression des gaz intestinaux.

OBS. 75, ERDHEIM, 1897 (*Wiener Klin. Woch.*, 1900, n° 4, p. 89). — F., 30 ans. Aucun antécédent. Depuis quatre ans, constipation avec douleurs localisées, à droite, péristaltisme concomitant; accès douloureux quotidien depuis neuf mois; en même temps apparaissait une tuméfaction à droite; péristaltisme, bruits musicaux; la douleur cédait après l'évacuation de matières. On reproduit les accès douloureux au palper. — Laparotomie. Résection de l'appendice et de la trompe gauche adhérente. Sur l'iléon, 3 *strictures* annulaires, épaisses (*tub. hypertrophique*); épiploon adhérent en un point; lymphatiques du mésentère augmentés de volume. *Entéro-anastomose*. Guérison. Au mois de décembre 1899, bon état; il y a 4 mois, à la suite d'excès alimentaires, léger accès douloureux; abdomen normal, souple; selles normales.

OBS. 76, ERDHEIM, 1897 (*Loc. cit.*). — F., 47 ans, depuis longtemps, troubles intestinaux; il y a trois jours, symptômes d'*occlusion aiguë*; affaiblissement, hypothermie, pouls faible. Abdomen météorisé; matité dans les flancs; péristaltisme dans la région de l'intestin grêle; résistance dans la fosse iliaque droite. — Laparotomie; liquide séreux péritonéal; tumeur au niveau du côlon ascendant; à la partie inférieure de l'iléon, 2 *strictures*; *anastomose entre l'iléon et le colon ascendant*. Mort. — Autopsie: péritonite trois sténoses à type hypertrophique. Tuberculose pulmonaire.

OBS. 77, ERDHEIM, 1897 (*Loc. cit.*). — F., 33 ans. Depuis

trois ans, douleurs abdominales, après le repas ; météorisme, vomissements ; apparition de bosselures sur l'abdomen ; faiblesse très grande. Submatité au sommet gauche. Après le repas, apparition de tuméfaction de chaque côté de la ligne médiane. — Laparotomie ; 2 *strictures* sur l'iléon, distantes de 40 centim. ; distension considérable au-dessus ; il s'agit d'une tuberculose hypertrophique. *Double entéro-anastomose*. Guérison ; revue en décembre 1899 ; la guérison se maintient ; la tuberculose pulmonaire n'a pas évolué.

OBS. 78, SCHNITZLER, 1898 (*Wiener Klin. Woch.*, 1899, n° 49 ; *Soc. royale des Med. de Vienne*, décembre 1899.) — F., atteinte de trois rétrécissements annulaires tuberculeux de l'iléon. — Opération. *Entéro-anastomose* ; les phénomènes douloureux persistent encore. Guérison. Les strictures étaient cicatricielles, s'étendaient sur 35 cent. d'intestin. Au-dessus de la première, l'intestin était dilaté comme un estomac ; entre la première et la dernière, deux autres dilatations moindres.

OBS. 79, ERDHEIM, 1898 (*loc cit*). — F., 27 ans. A l'âge de 8 ans, affection pulmonaire, bronchite chronique, hémoptysies légères. Depuis deux ans, diarrhée, météorisme, vomissements fréquents ; il y a trois mois, signes d'occlusion plus marqués. Amaigrissement considérable, signes du sommet du poumon ; péristaltisme intestinal de gauche à droite ; rien à la palpation de l'abdomen. Le diagnostic de sténoses multiples est posé. — Laparotomie. 2 *strictures* à la partie inférieure de l'iléon, l'une à 10 cent., l'autre à 20 cent. de la valvule iléo-cœcale. *Entéro-anastomose (iléon au côlon ascendant)*. Guérison. Quelques douleurs surviennent encore après l'opération, ainsi que du péristaltisme. En 1899, selles régulières ; il y a de nouveau amaigrissement, l'auteur se demande s'il n'y a pas une autre sténose.

OBS. 80, MARGARUCCI, 1898, (II *Policlinico* sezione chirurg. 1898). — H., 65 ans, signes de sténose. Opération. Stricture duodénale, et à la fin de l'iléon. *Gastro entérostomie et enté-*

roplastie. — Autopsie. Un grand nombre de strictures ont été trouvées sur l'iléon, elles avaient passé inaperçues.

OBS. 81, MAZZONI, 1898 (*in* Margarucci, *loco citato*). — F., nombre indéterminé de sténoses. Entéro-anastomose. Guérison.

OBS. 82, JABOULAY, 1898 (*In* Bernay, Th. Lyon, 1898. Obs 1, p. 121). — H., 40 ans, troubles digestifs depuis longtemps, vomissements fréquents. A l'examen, tension de la région péri-ombilicale, clapotage très net ; accès douloureux très intenses. — Opération. On arrive sur une anse grêle tellement dilatée, qu'elle est prise pour l'estomac déplacé ; elle est comprise entre deux sténoses très serrées et répond à la partie supérieure du jéjunum. *Entéro-anastomose* avec le bouton de Murphy. Il existe deux petits rétrécissements au-dessus et au-dessous des deux autres ; ils sont perméables ; légère dilatation digitale. Guérison. Rejet du bouton quelques jours après. Le malade a repris trois kilogs. Dans le courant de l'année 1899 ont réapparu quelques signes de tuberculose pulmonaire.

OBS. 83, STREHL, 1898 (*Deutsch Z. f. Clin.* 1899, Bd. 50, p. 411 et *Central f. Chir.*, 1899, p. 750). — F., 29 ans, tuberculeuse ; diarrhée, accès douloureux, bruits intestinaux on sent une tumeur dans la fosse iliaque droite. — Opération. On trouve l'iléon distendu et au-dessus 14 rétrécissements, dont quelques-uns très serrés sur une longueur de deux mètres, congestion du péritoine *Entero-anastomose* (entre l'iléon et le côlon transverse). Les signes de sténose cessent. Mort douze jours après. Autopsie. Les sténoses qui avaient paru très serrées au moment de l'intervention, ne sont presque pas visibles ; l'auteur admet la production d'un spasme qui, sur le vivant, aggrava les signes de sténose.

OBS. 84, DEPPE, 1899 (Inaug. Dissert. Tubingen et *Central f. Chir.*, 1899, p. 1079). — H., 12 ans ; depuis l'âge de deux ans, constipation, vomissements, sang ; arrive avec de l'occlusion intestinale. — Opération. *Trois sténoses de l'intes-*

tin grêle sur une longueur de 25 cent. *Entéro-anastomose* faite à une certaine distance des lésions ; la portion intermédiaire mesure 40 cent.

OBS. 85, HAHN, 1900 (*in* Sorensen, *Deutsch. med. Woch.* 1901, n° 2, p. 12; *Deutsch. Z. f. Chir.*, mars 1901 et *Centr. f. Chir.*, n° 1, 1901). — F., 25 ans, tuberculose héréditaire ; son père a été opéré d'un rétrécissement tuberculeux de l'intestin (Voir obs. 72) ; elle-même a des lésions tuberculeuses ; troubles abdomino-pelviens ; on fait le diagnostic de paramétrite ; depuis quatre mois, fièvre, occlusion chronique. — Laparotomie. Sténoses de l'intestin grêle sur 1 m. à la partie inférieure de l'iléon ; envahissement du cœcum. *Anastomose entre l'iléon et le côlon transverse*. Guérison depuis un an.

OBS. 86, HAHN, 1900 (*in* Sorensen, *loc. citato*). — H., 30 ans ; tumeur iléo-cœcale, résistante à la palpation ; fièvre ; occlusion chronique. — Laparotomie. Le cœcum est bosselé ; au-dessus de la valvule de Bauhin, 10 *rétrécissements*, sur une longueur de 10 cent. ; infiltration des parois. *Anastomose entre l'iléon et le côlon ascendant*.

OBS. 87, KROVER, 1900 (*Gazeta Botkina*, 1/13 mars 1900). (1). — F., 28 ans ; depuis dix ans, constipation et vomissements ; accès douloureux fréquents ; le dernier a eu lieu huit jours avant son entrée ; le malade arrive avec des symptômes d'*occlusion aiguë* ; faciès abdominal ; tympanisme ; vomissements bilieux. — Laparotomie. Intestin rougeâtre, dilaté ; exsudat péritonéal ; le cœcum semble oblitéré ; ponction d'une anse dilatée avec un trocart ; il s'écoule des gaz et des matières. *Anastomose de l'iléon et du côlon transverse* (bouton de Murphy) ; les anses intestinales rentrant difficilement, on en ouvre une avec le bistouri pour évacuer le contenu. Durée : 1 h. 1/2. Mort quelques heures après. — *Autopsie*. On

(1) La traduction de l'article et de l'observation de Krover est due à Mlle le Dr Kontorovitch. Nous la remercions de la complaisance qu'elle a bien voulu y apporter.

trouve un premier rétrécissement au niveau de la valvule de Bauhin ; un autre sur l'iléon à 3 m. 50 du premier ; sept autres sur le jejunum ; quelques lésions cicatricielles sur le mésentère ; ganglions rétro-péritonéaux. L'auteur admet qu'il s'agit d'une *inflammation simple* ; l'examen microscopique rappelle les lésions d'une *tuberculose hypertrophique* guérie.

OBSERVATION 88

(Personnelle. Recueillie dans le service de M. JABOULAY.)

TUBERCULOSE ENTÉRO-PÉRITONÉALE CHRONIQUE. — TUBERCULOSE DU MÉSENTÈRE AMENANT UNE AGGLUTINATION D'ANSES GRÊLES. — OCCLUSION INTESTINALE. — ANASTOMOSE LATÉRO-LATÉRALE DE L'INTESTIN GRÊLE. — GUÉRISON MAINTENUE NEUF MOIS. — FISTULE STERCORALE. — MORT.

B..., âgé de 20 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Louis, service de M. Jaboulay, le 26 mars 1900. Cultivateur, il n'a jamais eu de maladie antérieure grave ; pendant son enfance, il a eu quelques ganglions cervicaux.

Son père est rhumatisant, sa mère est bien portante ; une sœur phthisique, actuellement très malade.

L'affection qui l'amène à l'hôpital date de 5 mois, c'est-à-dire de novembre dernier ; après une sorte d'indigestion, le malade a eu des douleurs du côté de la fosse iliaque droite, suivies de vomissements, de diarrhée ; le diagnostic porté semble avoir été celui d'appendicite aiguë. Après cette crise, les symptômes digestifs s'atténuèrent un peu ; cependant, la constipation devenait opiniâtre ; les signes généraux apparurent ; le malade maigrit, s'affaiblit beaucoup. Depuis un mois, les troubles digestifs se sont accentués ; les coliques étaient violentes surtout la nuit ; la diarrhée alternait avec la constipation ; des vomissements alimentaires et bilieux se produisaient souvent.

À son entrée à l'hôpital, le malade est très affaibli, pâle, amaigri ; il vomit la nuit abondamment, avec des efforts

prolongés et répétés ; les vomissements sont alimentaires et bilieux. La diarrhée s'est installée depuis quelques jours, les selles sont abondantes, ne contiennent pas de sang. Les douleurs abdominales ont cessé depuis l'apparition de la diarrhée.

On ne relève pas d'autre signe fonctionnel ; pas de toux, pas de dyspnée ; pas de douleur à la miction, un peu de pollakiurie cependant.

A l'examen de l'abdomen, on constate que celui-ci est tendu, un peu saillant au niveau de la région ombilicale ; il n'y a pas de péristaltisme localisé.

A la palpation, on sent dans l'abdomen des masses dures, diffuses, mal délimitées ; cependant au niveau de la fosse iliaque droite, l'empâtement semble plus considérable ; mais en raison de la résistance de la paroi abdominale, toutes ces sensations sont difficiles à préciser ; à la percussion, zones de matité, alternant avec des zones de sonorité.

Le foie semble normal ; il n'y a pas de ganglions inguinaux.

Aux poumons, l'auscultation est négative ; on ne trouve rien aux autres organes.

Pas de température.

En raison des signes présentés par le malade, le diagnostic de tuberculose péritonéale fibro-caséuse est posé ; le début de l'affection fait penser à un point de départ appendiculaire ou péri-appendiculaire. Une intervention est décidée.

Intervention le 28 mars 1900.

Incision le long du bord externe du grand droit ; à droite, les parois de l'abdomen sont vascularisées comme dans les cas de tumeur maligne sous-jacente.

Le péritoine, très épaissi, très dur, est incisé ; on tombe sur des masses bourgeonnantes, d'aspect sarcomateux ; il s'agit du mésentère, car de distance en distance, on peut reconnaître sur la masse une anse grêle épaissie. L'hémorragie est abondante ; l'intestin grêle ne peut être dissocié ; aussi devant toutes ces difficultés, devant l'état du malade

qui est très faible, M. Jaboulay repousse une seconde laparotomie immédiate et la réserve lorsque l'état général se sera amélioré.

30 mars. — Etat stationnaire.

5 avril. — Le malade, après un violent frisson, a 40° de température; il est couvert d'une éruption scarlatiniforme typique, généralisée, il n'y a pas d'angine, pas de signe de scarlatine.

7 avril. — Sous l'influence de deux lavements de glycérine, suivis de l'émission d'une certaine quantité de matières fécales, l'éruption a cédé. La plaie est réunie par première intention.

14 avril. — Le malade n'a pas d'appétit; il a des coliques nombreuses, douloureuses; la constipation persiste.

21 avril. — Les signes d'obstruction intestinale deviennent aigus; le ventre est ballonné; sur la paroi on voit se dessiner des anses dilatées. La constipation est opiniâtre; le malade est très faible. Une opération est immédiatement décidée.

2^e opération. — Anesthésie à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale. Après l'ouverture du péritoine, très épaissi, on tombe sur un bloc médian, du volume d'une tête d'enfant, formé par une masse ganglionnaire mésentérique qui part d'en bas près du cœcum et remonte jusqu'au sommet de l'insertion vertébrale du mésentère; à la surface, on voit des anses grêles, épaissies sur une très grande longueur, très adhérentes aux masses néoplasiques; la portion d'intestin englobé semble répondre au tiers inférieur du jejunum et mesurer 1 mètre 50 environ. Au-dessus du point rétréci, l'intestin grêle est très distendu; les anses sont rouges, recouvertes par place d'un exsudat symptomatique d'un léger degré de péritonite.

Devant l'impossibilité de pratiquer une entérectomie, ou une autre opération radicale, M. Jaboulay anastomosa l'intestin grêle sus-jacent à la masse ganglionnaire avec l'intestin sous-jacent; tout le segment intestinal plus ou moins rétréci

ou adhérent fut ainsi exclu de la circulation intestinale.

L'anastomose fut faite suivant le mode latéro-latéral avec le bouton de Villard.

En même temps, une bride croisant le jéjunum fut sectionnée.

Une mèche de gaze fut laissée à la partie inférieure de la plaie.

8 mai. — Suites très bonnes : le malade mange depuis quelques jours ; la circulation intestinale se fait, les selles sont régulières, non diarrhéiques.

15 mai. — Le malade a un excellent état général ; il engraisse ; mange plus qu'avant sa maladie.

Il n'y a aucun trouble du côté de l'intestin ; il semble même que la masse ganglionnaire médiane ait diminué de volume ; il n'y a pas de péristaltisme localisé.

26 mai. — Le malade quitte l'hôpital, complètement guéri. Il a été présenté à la Société des Sciences Médicales de Lyon, dans la séance du 23 mai 1900.

Le 25 juin. — Le malade revu est très bien portant, il a repris de 4 kilog. ; la circulation intestinale s'effectue normalement ; les selles ne sont nullement diarrhéiques ; elles sont régulières. La masse abdominale n'a guère changé de volume, sa consistance est un peu moindre ; le malade est très satisfait, il a encore engraisé.

Le malade est revu vers la fin du mois de septembre 1900. l'état est toujours bon, pas de constipation, pas de diarrhée. La tumeur est toujours aussi volumineuse ; elle n'est nullement douloureuse.

Octobre 1900. — Le malade est revu ; il se plaint de quelques coliques, mais l'appétit est bon, les selles normales. Le ventre est dur ; il existe toujours une masse énorme à l'intérieur de l'abdomen ; pas d'amaigrissement.

Novembre 1900. — Le malade rentre dans le service ; il se plaint de douleurs violentes du côté de l'abdomen ; pas de coliques bien fortes ; appétit conservé. Quelques jours après, on voit une rougeur au niveau de l'ombilic ; un abcès

s'ouvre, il s'écoule du pus mal lié. Trois jours après, fistule stercorale.

Depuis l'établissement de la fistule, l'état général s'est mis à décroître rapidement; le malade se cachectise; aucune intervention ne peut être faite.

Le malade a quitté l'hôpital au mois de décembre dans un état très mauvais; il est mort chez lui quelques jours après.

OBSERVATION 89

Résumé. *Revue de Chirurgie*, 1901, p. 499. Due à l'obligeance de M. VILLARD.

STÉNOSE NÉOPLASIQUE DU PYLORE. — GASTRODUODÉNOSTOMIE SOUS-PYLORIQUE. — GUÉRISON COMPLÈTE, FAISANT DOUTER DE LA NATURE CANCÉREUSE DE L'AFFECTION.

F. M. . . , âgée de 31 ans. Dans les antécédents personnels, adénites suppurées cervicales. Deux enfants bien portants. Depuis deux ans, la malade se plaint d'être ballonnée après ses repas; ni hématemèses, ni mélœna; il n'y a jamais eu de douleurs. A son entrée à l'hôpital (juillet 1899), la malade est très émaciée; les traits sont tirés, la face pâle. Vomissements très abondants; les règles sont supprimées depuis deux mois, sans qu'il y ait de signe de grossesse. A l'examen, on constate une dilatation énorme de l'estomac, péristaltisme très marqué; on ne sent pas de tumeur dans la région pylorique.

Opération, 26 juillet 1899. — Incision sus-ombilicale médiane; on reconnaît, au niveau du pylore, une tumeur arrondie, du volume d'une noix, se trahissant à l'extérieur par un soulèvement des tuniques intestinales; il n'y a aucune infiltration néoplasique de celles-ci; le pylore est mobile, sans adhérences avec les organes voisins; seuls, quelques ganglions rétro-pyloriques font rejeter l'idée d'une pylorectomie. M. Villard fait une gastroduodénostomie, suivant le procédé décrit par lui.

Suites opératoires. — Les suites ont été excellentes ; le 26 août, la malade quittait l'hôpital, engraisée de 6 kilogs ; l'estomac est revenu sur lui-même ; il n'y a plus de clapotage.

En décembre 1899, elle avait augmenté de 22 kilogs ; les règles ont réapparu.

Le 14 février 1900, elle est présentée à la Société de Chirurgie de Lyon ; elle a repris encore 1 kil. 500. Actuellement encore, elle est en parfaite santé.

En présence de tous ces symptômes négatifs et devant l'état général si excellent de l'opérée, nous nous demandons si nous ne nous sommes pas trouvé au cours de l'intervention en présence d'une pseudo tumeur inflammatoire tuberculeuse peut-être (en raison des ganglions phériques).

OBSERVATION 90

Due à l'obligeance de M. VILLARD.

STÉNOSE DUODÉNALE SOUS-VATÉRIENNE, DE NATURE INDÉTERMINÉE.

— GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — GUÉRISON.

B. Q., âgée de 26 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 24 août 1901, service de M. Rollet, suppléé par M. Villard.

Dans ses antécédents, rien à signaler. Personnellement, réglée à 15 ans, régulièrement ; pas de fausse couche ; un enfant de 3 ans, bien portant. L'affection actuelle remonte au mois de mars dernier et aurait débuté par des douleurs siégeant au creux épigastrique et s'étendant un peu dans l'hypochondre et le flanc droits ; cette douleur était à peu près continue, donnait la sensation d'un corps froid, au dire de la malade ; c'est seulement après l'ingestion des aliments que les douleurs s'exaspéraient. En même temps, il y avait des vomissements, une fois par jour, en moyenne, quatre à cinq heures après le repas, vomissements constitués par des matières ingérées, mêlées à un liquide verdâtre ; jamais ils n'ont eu une coloration rouge ou noire.

Pendant un mois, la malade suivit un régime (lait, bicarbonate de soude, lavements nutritifs) : l'état s'est amélioré un peu, mais bientôt les symptômes réapparurent.

Actuellement, la douleur présente les caractères indiqués plus haut ; elle siège au creux épigastrique et s'irradie du côté de l'ombilic et de l'hypochondre droit ; de plus, depuis trois semaines, elle s'étend dans la région dorso-lombaire ; c'est une sensation de pesanteur plutôt que de brûlure, exaspérée par l'ingestion des aliments. La malade vomit trois heures environ après chaque repas, les vomissements sont verdâtres, nettement bilieux ; ils paraissent constitués en grande partie par ce liquide ; il semble que la quantité exagérée de liquide vomi soit due à la jonction de la totalité de l'excrétion biliaire. Ces vomissements soulagent la douleur ; ils ne se produisent jamais à jeun ; la malade dit que les matières vomies sont en plus grande quantité que les matières ingérées.

L'appétit est diminué ; la langue est bonne ; il y a une selle par jour.

A l'examen, le ventre est rétracté ; clapotage très net, bien que la malade n'ait rien mangé depuis onze heures ; douleur au creux épigastrique ; sonorité jusqu'à l'ombilic, péristaltisme. Rien au cœur et au poumon ; le foie déborde d'un doigt les fausses côtes. L'état général est faible ; il y a un amaigrissement notable, mais le teint est frais et coloré.

La malade est traitée médicalement pendant un certain temps ; devant un insuccès presque complet, elle est envoyée dans le service de chirurgie ; M. Villard constate les signes de sténose ; en raison des vomissements bilieux, de leur abondance, il pose le diagnostic de sténose duodénale sous-vatérienne, et décide l'intervention.

Opération le 24 août 1901 (M. Villard). — Laparotomie médiane sus-ombilicale ; après avoir déroulé 0 m 56 d'intestin grêle, on trouve la troisième portion du duodénum occupée par une tumeur, bosselée, irrégulière, sans qu'il y ait d'altération de la surface séreuse. La vésicule biliaire présente

quelques adhérences ; sa coloration est normale, il n'y a pas de calcul Gastro-entérostomie postérieure ; suture de Terrier-Hartmann. Un ganglion mésentérique est prélevé pour l'examen.

27 août. — La malade a souffert toute la nuit ; la température est normale, le pouls est bon, régulier ; elle a des gaz ; le lavement d'hier n'a pas été rendu.

28 août. — Vomissement bilieux, pas de douleur locale.

2 septembre. — Vomissement occasionné par l'administration d'un œuf ; état général bon ; pas de réaction péritoniale.

3 septembre. — Une quenelle est bien supportée.

5 septembre. — La malade mange une cervelle et des épinards ; bon état.

8 septembre. — La malade mange du poulet, qui est bien supporté.

9 septembre. — Poids 35 kil. 900.

12 septembre. — Vomissement verdâtre, au milieu duquel nagent les aliments ingérés, il est survenu sans fatigue, comme par régurgitation.

14 septembre. — Nouveau vomissement bilieux, survenu sans cause appréciable.

16 septembre. — Nouveau vomissement. Etat général bon.

17 septembre. — Pas de vomissement. Bon état ; ventre souple.

20 septembre. — Poids 37 kil.

23 septembre. — La malade quitte l'hôpital ; son état est bon ; elle mange tous les aliments.

3 octobre. — La malade a repris ses fonctions habituelles et va aussi bien que possible.

Résultat de l'examen histologique (M. le prof. agr. Paviot). — Examinés sur de nombreuses coupes, ces ganglions ne sont ni cancéreux, ni tuberculeux ; on y voit à peine un peu d'engorgement, des follicules et des cordons folliculaires ; mais ni dans les parties sinusiennes, ni dans les parties folliculaires aucun élément épithélioïde pouvant faire songer à la

tuberculose. On se trouve en présence de simples lésions inflammatoires.

OBSERVATION 91

(Due à l'obligeance de M. GOULLIoud.)

TRIPLE RÉTRÉCISSEMENT DE L'INTESTIN GRÈLE,
DE NATURE TRÈS PROBABLEMENT TUBERCULEUSE.

EXAMEN CLINIQUE. *Pseudo-occlusion intestinale : accès douloureux intermittents ; coliques ; bruits musicaux, péristaltisme localisé.*

OPÉRATION : *Iléo-colostomie (côlon ascendant). Guérison datant de trois ans.*

F. L., âgée de 33 ans, ménagère, entre, le 23 octobre 1899, dans le service de M. Goullioud (Hôpital Saint-Joseph).

Père et mère morts, le premier, de maladie de cœur, la seconde, de maladie indéterminée. Deux sœurs mortes, l'une en couche, l'autre d'affection pulmonaire indéterminée.

Personnellement, réglée à 19 ans, régulièrement ; un peu de chloro-anémie à ce moment ; on ne relève aucun stigmate ou aucun antécédent suspect au point de vue de la tuberculose.

Mariée, il y a trois ans ; mari bien portant ; un enfant de deux ans, bien portant ; accouchement normal, suites simples.

L'affection actuelle a débuté il y a un peu plus d'un an ; subitement, sans cause connue ; l'après-midi, la malade fut prise de coliques et de sensation de pesanteur au creux épigastrique ; les douleurs, commencées à quatre heures de l'après-midi, durèrent jusqu'à onze heures du soir ; elles furent assez violentes pour forcer la malade à se coucher. Pendant ce temps, la malade ne pouvait ni aller à la selle, ni faire de gaz ; elle ne fut soulagée que lorsqu'elle eut vomi abondamment ; elle eut aussi deux selles diarrhéiques. Un médecin, consulté, conclut à une simple indigestion ; il engagea la malade à sevrer son enfant. Le lendemain, tout

phénomène inquiétant avait disparu ; la malade reprit ses occupations comme auparavant.

Deux mois après, nouvel accès douloureux : mêmes douleurs, même début, même intensité ; il fut, de même, terminé, lorsque la malade eut vomi et fut allée à la selle.

Un mois plus tard, nouveau malaise ; dans l'intervalle, elle s'était très bien portée. Après ce troisième accès douloureux, la malade en reprit plusieurs autres ; elle ne peut en spécifier la date ; ils furent nombreux, survenant irrégulièrement, tous les huit jours, tous les quinze jours. Chaque fois, même début brusque, même marche ; la malade, de plus, a remarqué que les aliments lourds (pommes de terre, macaroni), lui amenaient plus souvent des douleurs qu'une autre nourriture ; puis, au moment des accès douloureux, il se forme, dans l'abdomen, une tumeur qui occupe la fosse iliaque droite et qui disparaît, aussitôt l'orage passé ; en même temps des bruits intestinaux se produisent ; on aurait dit, dit la malade, que l'on rinçait des bouteilles. Malgré différents traitements, les phénomènes persistèrent ; la malade vint alors consulter M. Goullioud. Voici le résultat de son examen :

Depuis trois semaines, la malade n'a pas eu ses coliques ; elle se plaint, cependant, de gargouillements abdominaux qui se produisent sans raison ; les selles sont bien moulées, régulières ; elles sont parfois liquides ; les gaz passent difficilement.

A l'examen, le ventre est ballonné, souple ; la palpation ne permet pas de sentir quelque chose d'anormal ; on provoque après l'ingestion d'un peu de liquide, un clapotage bien net, au niveau de l'estomac et de la fosse iliaque droite. On provoque aussi, très facilement, des mouvements péristaltiques accusés, surtout dans la zone ombilicale.

Pas de vomissements, langue bonne.

L'examen des autres organes est négatif.

30 octobre. — La malade a eu hier beaucoup de diarrhée ; le ventre est toujours aussi ballonné ; il y a des douleurs constantes.

2 novembre. — Selles diarrhéiques hier, le ventre est météorisé, il y a des contractions abdominales très nettes dans toute la région ombilicale, obliques de haut en bas et de gauche à droite. En même temps, on perçoit des bruits musicaux à distance.

8 novembre. — Une selle solide hier ; aujourd'hui, occlusion intestinale presque complète, avec son ensemble de signes.

Toucher rectal et toucher vaginal négatifs.

7 novembre 1899. — *Opération.* — Voici la note que nous a transmise M. Goullioud.

« J'ai la chance de trouver le ventre moins météorisé que les jours précédents. Eviscération des anses dilatées après laparotomie médiane sous-ombilicale. La lésion apparaît bientôt : c'est un rétrécissement d'aspect néoplasique, mais bientôt aussi on constate que ce rétrécissement n'est pas unique, on en voit un second, puis un troisième, tous répartis sur les cinquante derniers centimètres de l'intestin grêle. Au-dessus du rétrécissement le plus élevé, l'intestin était énormément distendu et épaissi, il l'était encore mais moins entre le premier et le second rétrécissement, il avait son volume normal entre le deuxième et le troisième, le gros intestin était peu développé. La lésion est dessinée pendant l'opération. (Fig. 9.)

Une résection intestinale eût été possible sans une infiltration énorme des ganglions, je dus me borner à une entéro-anastomose, l'intestin grêle fut anastomosé avec la partie initiale du colon ascendant.

10 novembre. — Les douleurs ont cessé, il y a eu une selle

14 novembre. — Deuxième selle.

17 novembre. — La malade va bien, mange un peu de tout avec modération, selles régulières, les fils sont enlevés.

24 novembre. — L'appétit est bon, on évite de donner des féculents qui paraissent digérer mal.

La malade quitte l'hôpital.

Revue le 21 mai 1900, l'état de santé est satisfaisant, la

malade a pris neuf livres trois mois après son opération, elle a un peu toussé depuis et a un peu perdu de son embonpoint. Les digestions sont bonnes, il n'y a ni troubles gas-

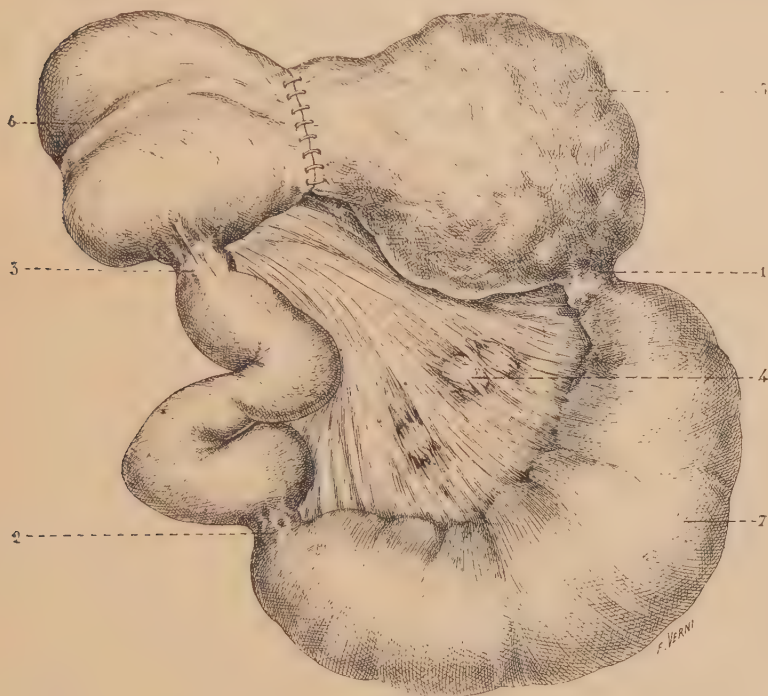


FIG. IX. — Dessin pris pendant l'opération. — 1. Premier rétrécissement. — 2. Deuxième rétrécissement. — 3. Troisième rétrécissement. — 4. Ganglions mésentériques. — 5 Intestin au-dessus du premier rétrécissement. — Cæcum sur lequel est établie l'entéro-anastomose.

triques, ni coliques, ni vomissements, qui l'empêchent de s'alimenter. Cependant, les féculents (pommes de terre, haricots) la fatiguent. On ne constate rien au palper abdominal. Le sommet gauche est très suspect.

21 septembre 1900. — Etat excellent, digestions parfaites, la malade est enceinte de trois mois.

14 juin 1901. — La malade a accouché le 16 mars 1901,

d'une petite fille bien portante, les fonctions digestives sont parfaites.

Nous avons revu la malade le 15 juillet 1901. Son état de santé est très bon ; elle mange et digère très bien, pas de coliques, pas de diarrhée, pas de météorisme intermittent, il y a encore des bruits intestinaux musicaux, mais pas de sensation douloureuse.

La malade n'a pas nourri son enfant, sur le conseil de M. Goullioud ; elle a repris son travail, comme de coutume ; elle tousse de temps en temps, son sommet gauche est toujours suspect, il y a de la rudesse expiratoire, de la bronchophonie et quelques craquements passagers ; aucun signe d'infiltration.

L'examen de l'abdomen est indolore ; la palpation, même profonde, ne permet de sentir rien d'anormal ; pas de masses ganglionnaires ou autres, quoique la paroi soit très souple.

C). Résultats d'ensemble.

MORTALITÉ. — *Tuberculose limitée* : 6 cas, 6 guérisons.

Rétrécissements multiples : 19 cas, 4 morts, 15 guérisons, soit 4 morts sur 25 cas, c'est-à-dire 16 %.

La mort est survenue dans les cas où l'on a opéré en pleine occlusion aiguë et où l'on a méconnu des sténoses.

Comparaison avec les autres anastomoses intestinales. — Diet, en 1895, signale 20 guérisons sur 21 cas d'entéro-anastomose pour lésions intestinales diverses. Machard, en 1899, sur 9 cas d'anastomose iléocolique pour tuberculose cœcale, signale 9 guérisons.

Comme on le voit, le résultat de l'entéro-anastomose est bien meilleur que celui de l'entérectomie.

Indications de l'entérectomie et de l'entéro-anastomose

La question de l'emploi de l'entérectomie ou de l'entéro-anastomose est résolue différemment par les auteurs ; les uns, plus audacieux, résèquent des lésions même étendues et réservent l'entéro-anastomose aux formes complexes, inextirpables ; les autres, sans rejeter l'entérectomie, en font cependant un usage modéré et utilisent volontiers l'entéro-anastomose dans la plupart des cas. La difficulté de donner une solution à ce problème tient à la variabilité considérable des formes anatomiques des lésions et de l'état du sujet. Il est certaines conditions dans lesquelles ces opérations ont leurs indications bien précises et d'autres dans lesquelles on peut les discuter.

A. — INDICATIONS PRÉCISES DE L'ENTÉRECTOMIE ET DE L'ENTÉRO-ANASTOMOSE

1^o **L'entérectomie** est indiquée :

- a) Si la *lésion est bien limitée*, avec envahissement peu considérable du mésentère et des ganglions.
- b) Si l'état général du sujet est satisfaisant.

Dans de pareilles conditions, personne ne doutera de la nécessité de l'entérectomie, qui supprime et la lésion et les phénomènes de sténose ; avec les

progrès de technique réalisés aujourd'hui, la résection devient une opération bien réglée, de mortalité peu élevée.

2° **L'entéro-anastomose** est indiquée :

a) Dans les cas de *lésions étendues*, adhérentes, avec points caséifiés ; la résection est absolument impossible ; autrefois, on disait de faire un anus contre nature pour supprimer les phénomènes de sténose ; on dit aujourd'hui de faire une entéro-anastomose.

b) toutes les fois que l'état général du sujet est faible.

Ainsi se trouvent nettement séparés les cas extrêmes que l'on peut rencontrer ; avec leur indication formelle, il ne saurait y avoir de discussion.

B. — INDICATIONS DISCUTABLES DE L'ENTÉRECTOMIE ET DE L'ENTÉRO-ANASTOMOSE

Où le problème se complique, c'est lorsqu'il s'agit de formes intermédiaires aux précédentes ; ce sont les cas les plus fréquents et ce sont ceux que nous devons envisager ; ils correspondent aux lésions décrites plus haut et rencontrées dans la plupart des observations. Ils se distinguent, au point de vue opératoire, des lésions inextirpables, par la *possibilité anatomique de la résection* ; ils diffèrent des lésions limitées en ce qu'il existe des adhérences, des points caséifiés, un envahissement du mésentère et des ganglions. C'est devant de pareilles formes que l'on

peut se demander s'il faut réséquer ou faire une entéro-anastomose.

1. *Emploi de l'entérectomie.* — '*Avantages de l'entérectomie.* — L'entérectomie présente l'avantage de supprimer *définitivement la lésion*, disent ses partisans. Ceci est vrai, en particulier pour les sténoses hypertrophiques : et on ne peut qu'approuver l'idée de M. Tuffier, disant qu'il faut supprimer une lésion en voie d'évolution, sous peine de la voir se continuer, non seulement sur l'intestin, mais du côté du péritoine et des ganglions mésentériques. — De plus, l'entérectomie permet d'éviter une perforation en supprimant, s'il existe, un point très caséifié, ayant aminci beaucoup la paroi intestinale. Ce sont là de sérieux avantages. Et encore, dans ces cas, faut-il que l'ablation complète n'entraîne pas de dangers pour la vie des malades.

Objections faites à l'entérectomie. — On a fait à l'entérectomie de nombreuses objections.

a). *La suppression complète de la lésion est le plus souvent illusoire.* — Si, en effet, dans les formes très limitées, on peut affirmer avoir tout enlevé, dans les lésions plus étendues, on ne peut en être certain ; il existe toujours sur la séreuse, ou bien sur le reste de l'intestin, ou bien dans quelque ganglion lointain, des foyers secondaires, qui font perdre à l'entérectomie son plus sérieux avantage ; on n'enlève que les parties les plus malades ; on laisse presque toujours les lésions au début. Comment alors, pourra-t-on répondre, expliquer les guérisons

complètes, définitives que l'on a signalées? Par le fait bien simple, que pour les tuberculoses osseuses l'ablation complète est inutile. Si, pour le cancer, il faut dépasser les limites du mal, *pour la tuberculose, il suffit de placer la lésion dans de meilleures conditions*, de favoriser la guérison, car celle-ci est possible; la mise au repos, la suppression du foyer le plus actif peuvent amener un pareil résultat. On peut se demander alors si l'entéro-anastomose n'eût pas été préférable.

b) *L'entérectomie est d'une exécution délicate*, parce que de nombreux incidents sont à craindre.

Avec des adhérences fréquentes, résistantes, difficiles à décoller, la déchirure d'organes voisins (vessie, anse intestinale) est presque inévitable. Au cours de ces manœuvres, on peut s'égarer au milieu de tissus inflammatoires. Tout contribue à faire de l'entérectomie, une opération difficile, en raison de l'irrégularité des lésions et de leur distribution. La réunion des deux bouts, de calibre souvent inégal, ne laisse pas d'accroître encore les difficultés, ou, tout au moins d'allonger la durée de l'opération, surtout si l'on utilise l'anastomose latérale.

c) *L'infection est plus fréquente*, ce qui tient à plusieurs causes. Les manœuvres de décollement créent toute une série de débris fibreux, peu vascularisés, de vitalité douteuse; la suppuration est fatale dans ces cas, comme nous le répète si souvent M. le professeur Poncet, et le *drainage devient nécessaire*. Il

présente ici de graves inconvénients au point de vue fonctionnel ; si on établit un Mikulicz, comme il faudrait le faire, on laisse une cavité anfractueuse, à parois friables : l'intestin s'y perfore et une fistule pyo-stercorale peut s'établir.

Une autre cause d'infection consiste en l'ouverture de petits abcès qui peuvent inoculer le péritoine ; ces abcès sont fréquents ; ce sont des ganglions plus ou moins caséifiés, des parois intestinales douteuses ; ils offrent le même danger que l'ouverture des abcès appendiculaires.

Enfin, dans toutes les sections intestinales, les décollements d'adhérence, on favorise une infection par voie sanguine ; les broncho-pneumonies, si fréquentes, observées chez les sujets opérés d'une gastro-entérostomie, ne reconnaissent souvent pour cause qu'une infection au niveau de la section intestinale (Jaboulay). On prévoit donc la fréquence des granulies, consécutives à une opération radicale.

d). Le *shock opératoire* constitue un des accidents les plus graves, après l'entérectomie. On exécute des manœuvres difficiles, sur un *sujet affaibli*, en état de stercorémie latente ; l'opération est longue, surtout si l'on termine par une anastomose latérale ; ne retrouve-t-on pas ici les conditions expérimentales, réalisées par M. le professeur agrégé Tixier, dans ses recherches sur la production du schock. De même pour la pylorectomie, la mortalité est très élevée encore et on tend de plus en plus à lui substituer la gastro-entérostomie. Dans ces sections larges de l'intestin ou de l'estomac, les tiraillements exercés

sur les plexus sympathiques, ne doivent pas être indifférents à la production de ces accidents.

2. *Emploi de l'entéro-anastomose.* — C'est devant tous ces dangers que beaucoup de chirurgiens, abandonnant une opération plus brillante ont songé à l'entéro-anastomose.

Objections faites à l'entéro-anastomose. — On a fait à l'entéro-anastomose quelques objections.

a). Elle permet l'*accumulation de matières fécales* dans l'anse intermédiaire.

b). *C'est une opération purement palliative*, car elle laisse persister la lésion.

c). Elle expose à l'infection du reste du tube digestif et de l'organisme entier.

Réponses à ces objections. — a). Senn a montré expérimentalement que l'accumulation de matières fécales était impossible, dans l'anse intermédiaire ; cliniquement il n'a jamais été observé d'accidents de ce genre ; on a même vu la circulation intestinale se rétablir à ce niveau ; nous aurons à y revenir plus loin au sujet de l'exclusion unilatérale.

b) La deuxième objection est la plus sérieuse ; elle est très vraisemblable. Certains auteurs n'en tiennent cependant pas compte, et disent que souvent l'entéro-anastomose est curative. On l'a faite tout d'abord comme opération d'urgence, au lieu d'un anus contre nature, se réservant pour une entérectomie secondaire ; dans bien des cas, la lésion a diminué et une opération complémentaire fut inutile. Expérimentalement, Senn avait bien vu que l'anse intermédiaire

s'atrophiait; en clinique on a les mêmes résultats ; la *lésion mise au repos* s'atténue; elle peut même disparaître ; les ganglions s'atrophient. Ici se produit un phénomène courant dans la pathologie de la tuberculose ; l'immobilisation d'une articulation malade amène l'ankylose; de même, pour l'intestin, du tissu de réaction se forme, qui parvient à étouffer les lésions bacillaires.

Courath a bien montré que l'action de laparotomie se combinait avec celle de l'entéro-anastomose et que le résultat était souvent durable. Israel a observé la régression presque totale d'une tumeur tuberculeuse; Czerny, Hochenegg, Gessner, Erdheim et bien d'autres ont rapporté des cas semblables.

c) La troisième objection peut être également contestée ; l'inoculation secondaire du tube digestif n'est pas fatale, comme nous le verrons au sujet de l'exclusion unilatérale.

Avantages de l'entéro-anatomose

1° L'entéro-anastomose répond à l'indication principale qui est le *rétablissement du cours des matières*; c'est là le danger, plus souvent que la lésion elle-même.

2° Elle exige une exactitude moins grande.

3° Elle comporte, sans augmentation de danger, une longueur illimitée.

4° En se tenant complètement en dehors de la lésion, on évite l'inoculation péritonéale, l'infection par voie sanguine.

5^o Par la rapidité d'exécution, *on évite le shock péritonéal.*

Il semble, du reste, que l'on ait une tendance, aujourd'hui, dans la chirurgie intestinale, à laisser les lésions, lorsqu'elles ont dépassé une certaine limite, au lieu de les extirper ; la plupart des chirurgiens allemands se prononcent pour l'entéro-anastomose (Hofmeister, Erdheim, Sorensen) ; c'est l'opération employée par M. Jaboulay, dans les conditions que nous rapportons. Peut-être son succès est-il facile et trompeur, peut-être son exécution est-elle moins scientifique ; mais combien son pronostic est moins sévère que celui d'une entérectomie, souvent pleine de hasards ; le *pronostic d'un acte opératoire dépend de sa longueur*, nous dit souvent M. Poncet ; on ne saurait trouver d'argument plus en faveur de l'entéro-anastomose.

Résumé des indications de l'entérectomie et de l'entéro-anastomose.

Voici, en résumé, les indications de ces deux opérations, suivant les formes cliniques et anatomiques des lésions.

FORMES AIGUES.

Tuberculose limitée ou étendue.

Faire l'entéro-anastomose dans tous les cas ; avec le bouton de Murphy, son exécution est aussi rapide que celle d'un anus contre nature.

FORMES CHRONIQUES.

1^o *Etat général faible.*

Tuberculose limitée ou étendue. Faire l'entéro-anastomose.

2^o *Etat général bon.*

a) *Tuberculose limitée*, surtout forme hypertrophique, ou perforation imminente, faire l'entérectomie.

b) *Tuberculose étendue.* Entéro-anastomose.

c) *Tuberculose intermédiaire.* Préférer l'entéro-anastomose, opération rapide, sans danger, souvent curative.

Art. V. — Exclusion intestinale.

EMPLOI QUE L'ON PEUT EN FAIRE DANS LES
TUBERCULOSES FERMÉES DE L'INTESTIN GRÊLE :

Faire une exclusion intestinale, c'est supprimer d'une manière définitive la circulation des matières fécales dans un segment d'intestin plus ou moins étendu; l'anse intestinale exclue continue à recevoir des vaisseaux, mais la communication avec le reste de l'intestin est abolie. L'exclusion est dite *bilatérale*, lorsque le segment exclu est séparé définitivement des deux côtés; elle est *unilatérale*, lorsque la séparation existe seulement d'un côté; dans ce cas, le segment exclu communique encore avec le reste de l'intestin par son bout intérieur. C'est seulement à ces deux opérations qu'il faut réserver le terme d'exclusion (*Darmausschaltung*); la suppression du passage des matières fécales est la caractéristique de la méthode; l'opération de Maisonneuve ne mérite pas le nom d'exclusion, même celui d'*exclusion partielle*, qui pourrait prêter à confusion, parce que, précisément, la circulation persiste ou peut se rétablir, dans le segment d'intestin compris entre l'anastomose. C'est la définition qui a été acceptée, par MM. Terrier et Gosset.

C'est surtout au sujet des fistules intestinales que l'on a abordé la question et les premières tentatives

ont été dirigées dans ce sens ; nous plaçons ici son étude, car ses indications méritent d'être étendues au traitement des lésions fermées.

Nous ne ferons pas l'histoire de tous les procédés usités, de toutes les longues discussions et les patientes recherches expérimentales des chirurgiens allemands ; on est arrivé à délaisser certains procédés, à en recommander d'autres ; on peut dire que le chirurgien a aujourd'hui à sa disposition une méthode de plus, qui rentre dans la classe des opérations conservatrices, supprimant les dangers d'une résection, amenant parfois la guérison complète.

Un semblable procédé thérapeutique peut-il être usité pour les tuberculoses de l'intestin grêle, dans les cas où l'entéro-anastomose aurait été décidée ? Est-il supérieur à cette opération et remplit-il mieux qu'elle l'indication d'isoler la lésion ?

Les observations manquent pour résoudre le problème ; nous n'avons trouvé, dans l'article de MM. Terrier et Gosset, que 5 observations de *tumeurs tuberculeuses cœcales non fistuleuses* traitées par l'exclusion ; aucun cas ne se rapporte à l'intestin grêle. Si l'on tient compte des principes physiologiques aujourd'hui admis et des autres cas publiés qui, aujourd'hui, atteignent le chiffre de 54, on peut, sinon donner la valeur exacte du procédé, tout au moins voir quelle serait la méthode la meilleure qui serait à suivre en face d'une tuberculose de l'intestin grêle.

On peut employer l'exclusion bilatérale ou l'exclusion unilatérale.

A. EXCLUSION BILATÉRALE

Elle peut être réalisée de deux manières : *a*) ou bien, on abandonne dans l'abdomen la portion d'anse exclue, fermée, des deux côtés, c'est *exclusion avec occlusion totale* ; *b*), ou bien on établit une communication de l'anse isolée avec l'extérieur, c'est *l'exclusion avec occlusion partielle*.

1^o). *L'exclusion avec occlusion totale* (Fig. XI) est définitivement abandonnée. En 1892, Frank avait bien signalé le danger d'abandonner ainsi dans l'abdomen une anse intestinale, source d'intoxication. En 1894, von Barackz, après un succès, s'était fait le promoteur de cette méthode, qu'il soutenait encore en 1895, même après les objections de Reichel ; mais, en 1897, au Congrès de Moscou, cet auteur revenait sur son opinion et, s'appuyant sur des expériences physiologiques, rejetait définitivement l'exclusion totale. Quelques auteurs l'admettent encore pour le gros intestin qui secrète peu, mais, pour l'intestin grêle, comme l'a bien fait remarquer Reichel, il ne saurait en être question, en raison de la sécrétion exagérée du suc entérique qui amènerait rapidement la distension de l'anse intestinale.

2^o). *L'exclusion avec occlusion partielle* est la seule opération physiologiquement permise ; l'anse exclue est mise en communication avec l'extérieur par l'un de ses bouts ou sur son trajet. Voici son manuel opératoire tel qu'il est indiqué par Terrier et Gosset, les premiers qui le réalisèrent en France.

a). *Manuel opératoire.* — 1^o Recherche des bouts afférent et efférent ; cette recherche présente les mêmes particularités que pour l'entérectomie.

2^o Section de l'intestin après avoir isolé le champ opératoire ; la section se fait avec l'angiotribe ou bien au ciseau ; il est nécessaire ensuite d'enfouir les extrémités du segment exclu au moyen d'un surjet séro-séreux.



FIG. X.

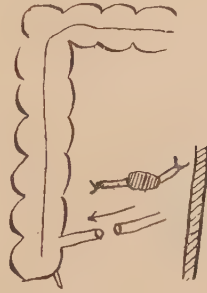


FIG. XI.

FIG. X. — Exclusion bilatérale de l'intestin grêle avec occlusion partielle (abouchement à la peau). — Procédé pouvant être employé.

FIG. XI. — Exclusion bilatérale de l'intestin grêle avec occlusion totale. Procédé à rejeter.

3^o Réunion des deux bouts de l'anse non exclue, par l'un des procédés indiqués après l'entérectomie (suture et bouton).

4^o Aboucher à la peau l'un des bouts de l'anse exclue (Fig. X). En général, on abandonne le bout proximal dans l'abdomen et on abouche le bout distal à la peau, pour que la péristaltique ne soit pas gênée ; s'il s'agit du gros intestin, on abouche, au contraire, le bout proximal. On devra faire l'abouchement alors que l'anse est fermée ; on suture à la peau et on attend un

jour, que des adhérences se soient formées, avant de l'ouvrir.

Résultats. — L'emploi de cette méthode est encore trop récent pour pouvoir donner des résultats, même approximatifs. MM. Terrier et Gosset rapportent 5 cas de tuberculose iléo-cœcale fermée, traitée par l'exclusion bilatérale. Obalinski l'a réalisée une fois avec occlusion totale; il se forma une rétention de matières septiques, qui s'évacuèrent spontanément à l'extérieur; de même, l'un des opérés d'Eiselberg, avec occlusion totale, ne dut la vie qu'à la formation d'un abcès qui s'ouvrit à l'extérieur.

Dans les autres cas, on utilisa l'*occlusion partielle*. Frank et Wolfler établirent une double fistule; il y eut guérison opératoire, mais on ne parle pas de la destinée de la fistule. Son établissement est nécessaire, nous l'avons vu, et, de plus, disent ses promoteurs, elle permet de traiter l'anse malade. Est-il prouvé que l'anse malade arrive à une atrophie complète lorsqu'elle reçoit encore des vaisseaux qui assurent la vitalité de ses éléments sécréteurs? On peut songer à une extirpation secondaire, faite par Obalinski et Wolfler, lorsque l'état général sera relevé; le malade s'y soumettra facilement en raison de son infirmité, mais les dangers de mort sont encore considérables.

C'est devant la pensée de la persistance de la fistule que l'on a songé à faire l'exclusion unilatérale.

B. EXCLUSION UNILATÉRALE.

Faire une exclusion unilatérale, c'est pratiquer l'occlusion définitive du bout supérieur du segment intestinal malade et laisser son bout inférieur communiquer avec le reste de l'intestin.

1. **Son histoire.** — L'exclusion unilatérale est de date récente. On en trouve 6 cas sur 52 dans le travail de MM. Terrier et Gosset; 2 cas de M. le professeur Poncet portent à 8 le nombre des exclusions unilatérales connues.

En 1888, Senn, dans ses études expérimentales sur les anastomoses intestinales, parle de l'exclusion unilatérale; il l'exécuta même, car ayant sectionné l'intestin au-dessus de l'obstacle, il ferme le bout distal du segment exclu et abouche le bout supérieur de l'intestin au-dessous de l'obstacle; cette observation est citée, par les auteurs qui ont étudié la question, comme ayant amené une stase des matières fécales dans la portion sus-jacente à l'anastomose; cependant Senn, parlant de cette expérience, dit, en propres termes (*Journal of the american med. Assoc.*, 21 mai 1898, p. 1199) : « Le résultat des expériences prouve que la portion exclue va en s'atrophiant; dans aucun cas elle ne devient le siège d'une accumulation de matières ». Il est probable que l'on a confondu les cas d'entéro-anastomose simple, dans lesquels la physiologie, la clinique montrent que la circulation peut se rétablir dans l'anse intermédiaire et, en cas d'obstacle, que le segment supérieur peut se distendre.

On peut voir aussi l'idée de l'exclusion unilatérale dans les travaux de von Hacker, de Chaput ; ce dernier, après l'iléo-colostomie, proposait de faire la ligature du gros intestin en amont de l'obstacle.

C'est en 1895 que Reichel a bien posé les principes de l'opération. A cette époque, Salzer avait complété les expériences de Senn ; Trendelenburg, Hochenegg, Frank, von Barackz avaient pratiqué des exclusions bilatérales. Reichel, condamnant une exclusion bilatérale faite sans fistule cutanée par Obalinski (*Centr. f. Chir.* 1894), recommande de laisser toujours une communication de l'anse exclue avec l'extérieur et il ajoute cette réflexion : « Je verrais comme un procédé plus rationnel que l'occlusion totale, d'implanter latéralement l'iléon dans le côlon transverse et de ne fermer par invagination que le bout proximal du côlon descendant. La péristaltique, dirigée de l'endroit d'invagination vers le rectum n'aurait sûrement pas permis la stase du contenu intestinal dans le cul-de-sac compris entre le point d'invagination et le point d'abouchement de l'iléon dans le côlon transverse ». C'est là le principe de la méthode.

Malgré les objections d'Obalinski en 1895, 4 exclusions unilatérales furent faites : Becker (*Deutsch. Z. f. Chir.*, 1895, p. 148) ; Borelius (*Hygïæa. Stockolm*, 1898) ; Jaboulay (*Lyon Médical*, 1895) ; Kammerer (*New-York med. Record*, p. 253, 1897).

Depuis, de nouvelles observations ont été rapportées par MM. Jaboulay et Bérard (*Soc. Chir. Lyon*, 1900) ; par M. Hartmann ; deux autres ont été exécutées par M. Delore, dans le service de M. Poncët.

Quatre cas se rapportent à des néoplasmes du gros intestin; Jesset, Becker, Jaboulay, pour un néoplasme cœcal, firent une implantation terminale de l'iléon dans le côlon ascendant; Borelius l'anastomosa au côlon transverse; dans les deux premiers cas exécutés en 1891 et en 1895, les malades moururent de septicémie; les malades de Becker et de Jaboulay furent très améliorés. Les quatre autres cas ont trait à des fistules intestinales; nous les retrouverons plus loin.

2. *L'exclusion unilatérale offre-t-elle des avantages?* — Ainsi comprise, l'exclusion unilatérale permet aux sécrétions de l'intestin de s'écouler avec les matières fécales, au lieu de s'échapper à l'extérieur, ce qu'avait bien vu Reichel. On a dit que l'entéro-anastomose était un anus contre nature ouvert dans l'intestin; l'exclusion unilatérale est à l'exclusion bilatérale ce que l'entéro-anastomose est à l'entérostomie. On peut, *a priori*, faire deux objections.

a). *L'accumulation n'est-elle pas fatale dans le segment supérieur?* Le rétrécissement ne forme-t-il pas une barrière infranchissable? Même en admettant que le rétrécissement soit très serré, il arrive un moment où le spasme cède et les sécrétions trouvent toujours un passage; on n'a jamais observé d'accidents de ce genre.

b) La seconde objection est plus sérieuse. En laissant les produits tuberculeux s'écouler dans l'intestin, ne favorise-t-on pas des *inoculations secondaires*? C'est l'idée de MM. Terrier et Gosset, qui rejettent l'emploi de l'exclusion unilatérale et préfèrent l'ex-

clusion bilatérale. L'argument a bien quelque valeur; et le contact incessant de matières tuberculeuses avec un intestin même sain, à plus forte raison avec un intestin peut-être malade, en tous cas affaibli, ne laisse pas d'être dangereuse. L'inoculation pourtant n'est pas fatale; nous verrons qu'elle n'a pas eu lieu dans les cas de lésion tuberculeuse avec fistule; et le résultat fourni par l'entéro-anastomose en est une preuve des plus manifestes; ici encore, la mise au repos de la lésion suffit à diminuer la virulence des agents infectieux, parfois à la faire disparaître.

Emploi de l'exclusion unilatérale. — Nous croyons donc que l'exclusion unilatérale est préférable à l'exclusion bilatérale; son résultat est le même; on évite l'ennui d'une fistule; peut-être l'exclusion bilatérale trouverait-elle son indication lorsque la paroi est amincie, en imminence de perforation; isoler la partie malade, établir une fistule au niveau du point aminci, nous semble la conduite la plus rationnelle. En dehors de ces cas, fort rares, l'exclusion bilatérale devra être rejetée et voici la conduite que l'on peut suivre.

a) *Si la lésion siège sur le trajet de l'intestin, à quelque distance de la valvule iléo-cæcale*, l'exclusion unilatérale aurait pour but d'aboucher le segment supérieur *dans l'intestin grêle même*, au dessous de la lésion. Dans ces cas, la péristaltique étant très intense, les matières fécales, suivant un trajet rétrograde, pourraient s'accumuler au niveau du point malade, l'irriter (fig. XII). *L'entéro-anastomose*

simple (fig. XIII) est préférable, car on évite cet inconvénient.

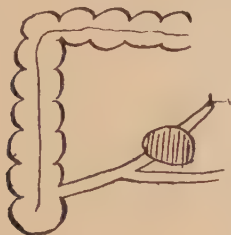


FIG. XII.

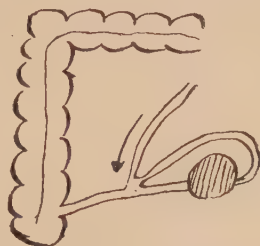


FIG. XIII

FIG. XII. — Exclusion unilatérale de l'intestin grêle. Procédé à rejeter.

FIG. XIII. — Entéro-anastomose simple (à employer en cas de lésion sur l'intestin grêle).

Si la lésion est peu éloignée du cæcum, on pourra faire l'exclusion unilatérale, en abouchant l'iléon dans le côlon ascendant (Fig. XIV); les matières sont arrêtées, comme nous l'avons vu dans un cas (Obs. 94), au niveau de la valvule de Bauhin, et ne se mettent pas en rapport avec la lésion.

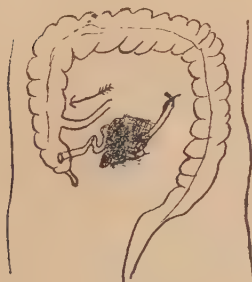


FIG. XIV.



FIG. XV.

FIG. XIV. — Exclusion unilatérale (abouchement de l'iléon dans le côlon ascendant). A employer si la lésion n'atteint pas la valvule de Bauhin.

FIG. XV. — Exclusion unilatérale (abouchement de l'iléon dans l'S iliaque). A employer si la lésion atteint le cæcum.

b) *Si la lésion siège au niveau de la région iléo-cœcale*, on doit pratiquer l'*exclusion unilatérale en abouchant l'iléon dans l'S iliaque* (Fig. XV). Si on fait l'anastomose avec le côlon ascendant, les matières fécales, du fait même de la pesanteur, retombent au niveau du cœcum, même si on fait l'abouchement dans le côlon transverse. En allant sur l'S iliaque on évite cet inconvénient. On exclut, il est vrai, une grande partie de l'intestin. Nous avons vu combien on pouvait reculer les limites de résection de l'intestin grêle ; lorsqu'il est question du gros intestin, on peut dire, *a priori*, que l'inconvénient est encore moindre en raison de l'importance fonctionnelle moins grande de cette partie du tube digestif. Lardenois (*Rev. Gyn*, 1899), a observé de la diarrhée, après des entérorectostomie, mais aucun trouble grave ; dans l'Observation 95, la diarrhée n'a pas existé.

L'exclusion intestinale semble, dans ce cas, l'opération de choix ; elle offre tous les avantages de l'entéro-anastomose au point de vue de la diminution du shock opératoire ; plus qu'elle, encore, elle isole la lésion et la met dans les conditions meilleures pour la guérison. On ne peut encore comparer les deux méthodes, mais, *à priori*, il est permis de ne pas rejeter l'exclusion unilatérale, dans les cas que nous envisageons. Nous pensons que dans les cas de tumeur tuberculeuse de l'intestin grêle ou du cœcum ; au lieu de se borner à une laparotomie exploratrice, alors qu'il n'existe pas de signe de sténose, il est rationnel de faire plus, d'isoler la lésion pour hâter sa guérison, pour éviter son extension, cause ulté-

rieure de sténose ou de fistule. L'exclusion unilatérale ou l'entéro-anastomose dans les conditions que nous avons indiquées, répondent à cette indication. Si nous émettons cette hypothèse, c'est qu'il s'agit d'opérations rationnelles, physiologiquement possibles, et dont le peu de durée n'assombrit pas le pronostic d'une laparotomie.

Au traitement des fistules pyo-stercorales, nous retrouverons l'exclusion unilatérale, avec des indications plus nettes, car, au lieu de simples vues de l'esprit, nous aurons des faits.

Son manuel opératoire. — On peut schématiser ainsi les différents temps de l'exclusion unilatérale.

1^o Recherche des segments supérieur et inférieur.

2^o Section du segment supérieur, en tissu sain, fermeture en bourse du bout supérieur de l'anse malade.

3^o Abouchement de l'intestin grêle dans le gros intestin. On peut employer la suture ou le bouton. En tous cas, il faut faire un large orifice, si l'anastomose est faite avec le colon ascendant, il sera préférable de ne pas employer le bouton, qui retomberait dans le cœcum. S'il s'agit d'une anastomose iléo-sigmoïdale, il faut utiliser un bouton de gros calibre, pour éviter l'obturation par les matières fécales. M. Hartmann recommande de faire l'incision du gros intestin au niveau de l'une des bandes longitudinales.

**Résumé de l'emploi de l'exclusion dans les
lésions tuberculeuses fermées.**

1^o *L'exclusion bilatérale avec fistulisation* ne doit être usitée que s'il y a imminence de perforation ; elle est à rejeter dans les autres cas.

2^o Si la lésion siège sur l'intestin grêle, préférer l'*entéro-anastomose* ; si elle siège près de la valvule de Bauhin, *faire l'exclusion unilatérale avec anastomose de l'iléon au côlon ascendant*.

3^o Si la lésion est iléo-cœcale, *faire l'exclusion unilatérale avec anastomose iléo-sigmoïdale*.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

Art. I. — Traitement des fistules pyo-stercorales.

Les fistules stercorales, aboutissant fréquent des lésions intestinales tuberculeuses, sont, en général, considérées comme rebelles à un traitement chirurgical direct. La raison principale tient à la complexité de la lésion; l'orifice cutané ne conduit pas directement dans l'intestin, comme dans un anus contre nature: il mène, par un dédale tortueux, creusé au milieu d'adhérences, de tissus inflammatoires, de foyers suppurés, côtoyant le péritoine et aboutissant à une paroi intestinale, friable, perforée souvent en plusieurs endroits. Aussi, le problème ne se posait-il pas comme pour un anus contre nature, directement accessible; l'entérotome de Dupuytren était inutile en raison de l'absence fréquente d'éperon, dangereux, s'il en existait un, en raison du chemin à

parcourir. Ce n'est que récemment, depuis l'utilisation de la voie péritonéale dans la cure de l'anus contre nature, que l'on a songé à discuter le traitement de ces lésions.

La plupart de ces fistules ont pour origine une tuberculose iléo-cœcale ; quelques-unes, plus rares, siègent sur le trajet même de l'iléon. Nous ne croyons pas sortir de notre sujet en indiquant leur thérapeutique ; les lésions de la terminaison de l'iléon sont si fréquemment mêlées à celles du cœcum que la séparation est presque impossible, sur le terrain clinique. L'étude des procédés opératoires, si nombreux, contient des règles générales, pouvant s'appliquer à tous les cas ; ce sont ces principes que nous chercherons à mettre en relief.

Toute fistule stercorale était autrefois et doit encore aujourd'hui être soignée médicalement au début ; si ce traitement médical échoue, on avait recours, autrefois, à des *méthodes* que l'on peut dire *extra-péritonéales*, aujourd'hui, on utilise les *méthodes péritonéales*.

A. Traitement médical

Beaucoup de fistules stercorales guérissent spontanément. Il faut prolonger ce traitement pendant quelques mois, car, en général, l'orifice étant peu considérable, la dénutrition ne se produit pas aussi vite que dans les anus contre nature.

Il est indiqué d'assurer la perméabilité de l'intestin et surtout celle du bout inférieur (lavements, régime), de chercher à réaliser l'occlusion de l'orifice

cutané (*cautérisations au nitrate d'argent*, plaques de gutta, etc.). On a eu ainsi des succès (Le Fort), surtout si l'écoulement stercoral est peu abondant.

En somme, il faut faire prendre patience au malade ; il ne faut intervenir que si l'écoulement est persistant, la dénutrition rapide.

B. Méthodes extra-péritonéales

D'innombrables procédés ont été employés, répondant chacun à une indication particulière.

1^o Drainage des foyers secondaires. — Paullet a eu ainsi un succès en traitant la lésion comme un abcès et, en ouvrant largement, l'intestin arrive à se cicatriser par seconde intention. Pollosson signale sept guérisons.

2^o Transformation en fistule simple. — C'est ce qu'ont fait Verneuil, Letiévant ; on arrivait, en ouvrant les foyers, en débridant tous les clapiers, à obtenir une fistule simple, curable par les moyens autoplastiques utilisés à l'époque.

3^o Suture directe de la fistule. — Ce procédé consiste à agrandir le trajet fistuleux et à s'attaquer directement à la fistule, ainsi découverte. On a eu ainsi des succès (Julliard) ; on suturait l'orifice intestinal, on fermait l'orifice cutané et le trajet.

C'est le seul procédé qui reste encore défendable aujourd'hui ; mais ses indications sont limitées. Si la fistule est presque à fleur de peau, le procédé de M. Hartmann, qui dédouble le trajet et suture

ensuite, suivant le principe appliqué par L. Tait à la périnéorrhaphie, est des plus recommandables. Mais si le trajet est long, on ne voit pas comment des sutures arrivent à tenir; la suppuration persiste fatalement; de plus, c'est une méthode dangereuse, car l'infection péritonéale peut être réalisée au cours de manœuvres aveugles et atypiques.

III. — Méthodes intra-péritonéales

C'est en 1853 que Polano ouvrant, le premier, le péritoine pour aller à la recherche d'une fistule stercorale, se rendit compte de la lésion et l'obtura. Bien que la guérison fût définitive, ce n'est qu'après les tentatives de Czerny (1876) faites au début de l'antisepsie que l'opération se généralisa.

On ne songe plus guère aujourd'hui, après avoir ouvert la cavité péritonéale à suturer directement la fistule; la discussion porte sur le choix de l'intervention. Fera-t-on une *entérectomie*, une *entéro-anastomose*, une *exclusion intestinale*; nous envisagerons successivement ces trois modes opératoires.

1. Entérectomie. — Ici, comme pour la thérapeutique de la tuberculose fermée, l'entérectomie constitue, *a priori*, la méthode idéale; on supprime, en un temps, et la fistule, et la lésion; si l'on envisage les résultats, on voit que la proportion des réussites est loin d'être encourageante. Machard donne 12 cas d'extirpation du cœcum pour fistule pyostercorale; on a 8 morts, soit une proportion de 66 %. Cette statistique est incomplète et, surtout, ne peut pas

fournir des renseignements exacts. Il faudrait envisager la statistique d'un même opérateur, et c'est ainsi qu'Eiselberg, en 1897, rapporte 7 cas et 7 guérisons ; néanmoins, de l'avis même d'Eiselberg, la résection est une très grave opération et, surtout une opération incertaine.

a) Dangers de l'entérectomie. — Elle présente de nombreux dangers.

α) Complexité des lésions. — Elle existe presque toujours dans les cas de fistule iléo-cœcale. Quelques opérateurs ont abordé l'intestin par le trajet fistuleux lui-même ; l'inoculation péritonéale était fatale. Même par voie d'emblée intra-péritonéale, on se trouve au milieu de tissus friables, les rapports sont changés, les déchirures sont fréquentes ; on éprouve toutes les peines à décoller les adhérences ; parfois, on ouvre de petits abcès, sources d'inoculation. L'ablation complète est parfois impossible et, quand elle est menée à bout, il reste une vaste perte de substance, dont les parois ont une vitalité douteuse ; le drainage est nécessaire et souvent la fistule se reproduit.

β) Longueur de l'opération. — Cette question est de la plus haute importance, lorsqu'il s'agit de sujets faibles ; on a un shock souvent considérable.

γ) Difficultés des sutures. — Enfin, si l'on ne veut pas exécuter une extirpation totale pour abréger l'opération et diminuer le shock, on est obligé de faire la suture, parfois sur des tissus malades ; l'insuffisance des sutures est souvent notée. Aussi, Wolfer a préféré l'anastomose latéro-latérale, avec fermeture

des deux bouts, procédé plus sûr, mais qui allonge l'opération.

b) Indications de l'entérectomie. — Est-ce qu'il faudra rejeter une pareille intervention ? Non, elle demeurera l'intervention de choix, mais seulement

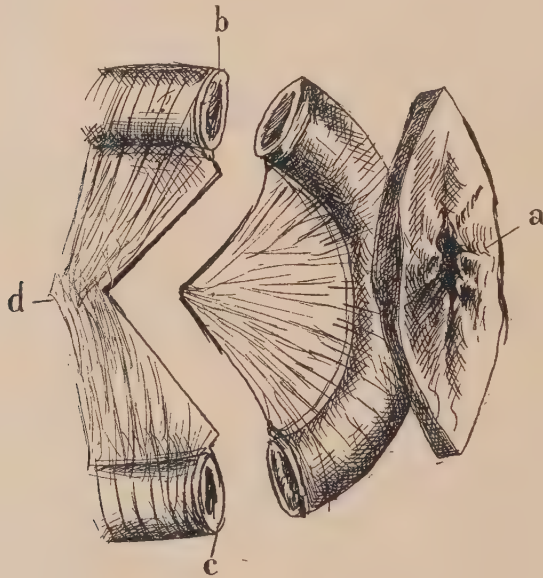


FIG. XVI. — Cure radicale d'une fistule pyo-stercorale limitée: — *a*). Orifice de la fistule. — *b*). Mésentère sain. — *c* et *d*). Bouts intestinaux à anastomoser.

dans certains cas ; c'est après l'ouverture péritonéale que le chirurgien pourra se décider pour cette intervention ; si la lésion est limitée, bien circonscrite, s'il n'y a pas de petits abcès, mais de simples adhérences fibreuses, si l'état général du sujet est bon, on pourra tenter la résection.

Elle s'exécutera comme dans les cas de cure radicale d'anus contre nature (Fig. 16). Entourer la lésion

d'une incision elliptique, pénétrer dans le péritoine loin d'elle, sectionner l'intestin en tissu sain, lier le mésentère et réunir les deux bouts par une suture (circulaire ou anastomose latérale), ou un bouton anastomotique, si l'on a pas de crainte sur l'état du segment sous-jacent.

Ces cas se rencontrent surtout lorsqu'il s'agit de fistules siégeant sur l'intestin grêle; la lésion est souvent justiciable d'une entérectomie; les deux observations suivantes en sont un exemple.

OBS. 92, WITE, 1897 (Inaug. Diss. Greiswald 1897). — H., 17 ans, entérite à l'âge de 5 ans; fistule pyo-stercorale au niveau de l'ombilic. Opération. Résection de 25 cm. d'intestin; entérorraphie circulaire; bien qu'infiltré, le mésentère est laissé en place. Guérison. Sur la pièce on trouve une sténose très serrée de l'iléon.

OBS. 93, WALLIS (*Brit. Med. Journal*, 1900, II, p. 955). — H., 7 ans; en 1895, péritonite tuberculeuse, fistule stercorale. Résection de 3 pouces d'intestin; suture bout à bout. Guérison.

2^o Entéro-anastomose. — C'est pour éviter l'infection péritonéale, le shock, que l'on a songé à respecter la lésion et à faire une entéro-anastomose; cette opération que nous avons vue si précieuse dans les cas de lésion tuberculeuse fermée, devient inutile s'il y a une fistule; il ne s'agit que d'une atténuation de la lésion.

Anastomoser, en effet, l'intestin, comme dans la figure 17, consiste à créer une voie de dérivation, mais on comprend que l'écoulement persistera.

On a songé alors à ligaturer un des segments (fig. 18). Comte coudait l'intestin à l'aide d'un pli maintenu par des sutures; Le Dentu faisait un pli longitudinal (1895, Obs. 16, Congrès Chir.); Chaput liait l'intestin avec une lanière de gaze iodoformée; tous ces procédés ont échoué.

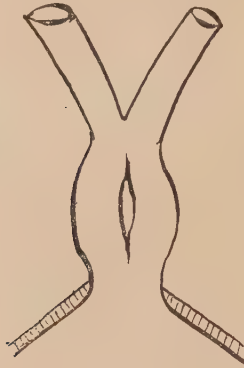


FIG. XVII

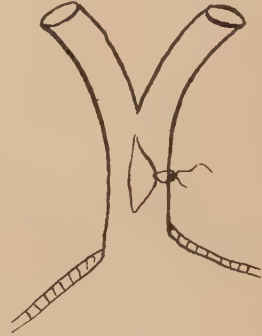


FIG. XVIII

FIG. XVII. — Anastomose simple dans les fistules stercorales.

FIG. XVIII. — Ligature du bout afférent.



FIG. XIX.



FIG. XX.

FIG. XIX. — Anastomose iléo-iliaque (insuffisante en cas de fistule). Le Dentu.

FIG. XX. — Exclusion unilatérale, anastomose iléo-iliaque (à employer dans les cas de fistule cœcale).

On a pratiqué l'*anastomose à distance*; c'est-à-dire que, dans un cas de fistule cœcale, on fait l'anastomose iléo-iliaque, dans un cas de fistule siégeant sur l'intestin grêle on fait l'anastomose iléo-colique. Ces interventions sont encore incomplètes (Le Dentu, fig. 19).

Korte, au Congrès de 1894, a publié l'observation suivante qui montre bien l'inutilité d'une entéro-anastomose simple.



FIG. XXI.

FIG. XXII.

FIG. XXIII.

(Observation de Korte.)

FIG. XXI. — a). Anastomose iléo-colique, insuccès.

FIG. XXII. — b). Fermeture de l'iléon, anastomose iléo-colique, insuccès.

FIG. XXIII. — c). Fermeture de l'iléon et du côlon transverse. Guérison.

OBS. 94, KORTE (Congrès Chir. allem. 1894 et *Semaine Médicale*, 1894). — H., 20 ans. En 1892, iléus, collection péri-appendiculaire, fistule purulente, appendicectomie. En novembre 1892, résection iléo-cœcale, suture des deux extrémités intestinales à l'angle de la plaie, en raison de l'état de faiblesse. Dès lors commencèrent les interventions pour la cure de la fistule.

a). Anastomose iléo-colique, sans succès (fig. 21).

b). Section de l'intestin grêle; fermeture d'une extrémité; anastomose avec le côlon transverse sur un point plus éloigné. Insuccès (fig. 22).

c). Section du côlon transverse; fermeture. Guérison (fig. 23).

Il a donc fallu faire, dans ce cas, une fermeture des deux bouts, pour assurer la guérison. Korte concluait que l'entéro-anastomose était inutile. C'est une observation analogue que M. Gayet a présentée à la Société de Chirurgie de Lyon ; l'entéro-anastomose seule a été insuffisante.

Récemment M. Pauchet a indiqué un mode thérapeutique qui peut se rapprocher de l'entéro-anastomose ; il consiste à aboucher la perforation dans une anse voisine ; il rapporte deux succès. A ce propos, M. Delbet rappelait un procédé consistant à suturer sur la perforation une anse voisine.

Ce sont là des méthodes d'exception, applicables seulement à certains cas ; on peut encore reprocher au procédé de M. Pauchet d'opérer au milieu de tissus malades et de ne pas profiter des avantages que donne la voie péritonéale (Tuffier).

En résumé, l'entéro-anastomose conserve tous ses caractères de bénignité ; par sa rapidité, son exécution en tissu sain ; mais elle est insuffisante et nous dirons qu'elle est à répéter, même pratiquée à distance, dans les cas de fistule stercorale.

3^e Exclusion intestinale. — C'est devant l'insuccès de l'entéro-anastomose dans la cure des fistules intestinales que Salzer, en 1891, entreprit, dans un but clinique, des expériences sur l'occlusion intestinale ; la suppression du passage des matières fécales dans une portion d'intestin malade était la caractéristique de la méthode opératoire ; en principe, cette opération devait supprimer à tout jamais la fistule et

c'est ce que Hochenegg, la même année, vérifiait sur le vivant.

Ici, le problème de l'exclusion totale et de l'exclusion partielle ne se pose pas ; il existera toujours, comme le faisait remarquer Frank, dans l'exclusion bilatérale, une soupape de sûreté, qui est la fistule elle-même, et les dangers signalés déjà par Salzer, Eiselberg, reconnus par von Barackz, n'existent pas.

Il n'est donc question ici, que d'*exclusion bilatérale* avec *occlusion partielle*, c'est-à-dire de fermeture des deux bouts du segment malade, suivie de l'anastomose des deux autres portions intestinales.

A. Emploi de l'exclusion bilatérale. — La moitié des cas d'exclusion bilatérale se rapportent à des fistules stercorales. Terrier et Gosset en signalent 25 sur 52.

Les résultats des 25 cas se décomposent ainsi : 4 morts immédiates ; 10 résultats définitifs ; 4 fois la résection secondaire fut possible. Dans les autres cas, la sécrétion persistait, mais peu abondante.

C'est là une statistique merveilleuse, si on la compare à celle que fournissent les autres méthodes ; l'opération est presque sans danger. Aujourd'hui, on peut lui demander plus qu'une survie et, si l'on tient compte seulement du résultat au point de vue de la fistule, on voit que, dans la moitié des cas, elle a persisté ; sans doute, il ne s'agit que d'un écoulement purulent ou séro-purulent, mais il constitue, sinon un danger, du moins une infirmité ; la portion d'anse exclue, douée toujours d'une certaine vitalité, secrètera ; il y a peu de chances pour que le traitement

dirigé contre elle amène une atrophie définitive.

L'exclusion bilatérale présente donc l'avantage, déjà bien appréciable, au temps où l'on ne pouvait rien, d'empêcher l'issue au dehors des matières fécales, mais elle laisse, le plus souvent, persister un écoulement séreux.

B. *Emploi de l'exclusion unilatérale.* — L'exclusion unilatérale a été employée moins souvent que l'exclusion bilatérale, pour le traitement des fistules intestinales ; on en compte cinq cas.

En 1895, Kammerer fit une exclusion unilatérale pour fistule cœcale, il anastomosa l'iléon au côlon transverse avec le bouton de Murphy ; il y eut guérison.

En 1900 MM. Jaboulay et Bérard firent une anastomose iléo-sigmoïdale, après exclusion unilatérale, pour fistule stercorale, suite de tuberculose appendiculo-cœcale ; il y eut cessation de la fistule ; le malade mourut quelques mois après, de généralisation.

En 1900 M. Hartmann communiquait à la Société de Chirurgie de Paris le résultat d'une exclusion unilatérale (iléo-rectostomie), faite pour fistule complexe de l'iléon et de l'S iliaque ; la malade a été très améliorée ; quelques matières fécales passent cependant par les trajets fistuleux.

Les deux autres cas se rapportent à des malades de M. le Professeur Poncet ; les résultats méritent d'être signalés ; nous rapportons *in extenso* ces deux observations, parues déjà dans un mémoire fait en collaboration avec M. Delore (*Revue de Chirurgie*, 1901).

OBSERVATION 94

(Due à l'obligeance de M. X. DELORE, Service de M. le Professeur PONCET.)

FISTULE PSYO-STERCORALE DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE CONSÉCUTIVE A UNE APPENDICITE TUBERCULEUSE. — ILÉO-COLOSTOMIE. EXCLUSION UNILATÉRALE D'UN LONG SEGMENT D'INTESTIN GRÊLE.

F., 40 ans, entrée le 12 juillet 1900, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, service de M. le Professeur Poncet.

Dans son enfance elle a eu des adénites cervicales ; depuis elle s'est toujours bien portée. Il y a six mois, elle ressentit quelques douleurs vagues dans la fosse iliaque droite, sans phénomènes péritonéaux accentués ; les coliques furent cependant alors accompagnées de quelques vomissements. Il y a quatre mois, après une période de douleur et d'alitement qui dura quinze jours, un abcès assez volumineux s'ouvrit au-dessus de l'arcade fémorale droite, laissant depuis une multitude d'orifices en forme pomme d'arrosoir. Depuis trois mois environ, ces fistules livrent passage à une grande quantité de pus avec des matières fécales ; la malade se cachectise rapidement sous l'influence de cette suppuration prolongée.

A son examen, on constate les fistules décrites, au nombre de quatre, avec des décollements cutanés au pourtour ; la plaie a un aspect violacé et, dans la fosse iliaque, on constate un plastron inflammatoire étendu ; la pression à ce niveau fait écouler du pus en grande quantité. La malade a quelques coliques, une diarrhée rebelle entrecoupée de quelques jours de constipation.

Rien à la colonne vertébrale. Toucher vaginal négatif ; léger disque d'albumine dans les urines.

17 juillet 1900. — Opération pratiquée par M. Delore.

Incision des trajets fistuleux qui conduisent dans une cavité rétro-cœcale. Ce simple drainage ne permet pas de reconnaître quelle est la source exacte de la suppuration ; le pus a une odeur infecte et contient quelques matières stercor-

rales; une contre-ouverture est faite à la région lombaire, pour faciliter le drainage.

1^{er} août 1900. — Malgré cette opération, la cachexie augmente; les matières stercorales font toujours issue par la plaie; la malade a de l'œdème des membres inférieurs; une autre intervention est décidée.

Opération pratiquée par M. X. Delore. — Laparotomie médiane sous-ombilicale; le cœcum est libre, mais l'appendice, remontant en arrière du cœcum, jusqu'à la crête iliaque, est fixé dans un énorme paquet d'adhérences qui englobe de nombreuses anses grêles. En raison de l'état précaire de la malade, on se résout à faire une opération palliative. L'anse grêle, fixée dans la fosse iliaque est sectionnée dans la partie mobile, à 10 ou 12 centimètres du point adhérent. Le bout inférieur est fermé par une suture en bourse (points de Lembert), et par une suture séro-séreuse. Le côlon ascendant incisé un peu au-dessus du cœcum, un bouton de Murphy-Villard, gros calibre, est placé entre le côlon et le bout supérieur de l'intestin grêle, réalisant ainsi une anastomose termino-latérale.

Durée de l'opération : 25 minutes (sutures abdominales comprises). On peut évaluer à 1 mètre la longueur d'intestin, qui a été ainsi exclu de la circulation des matières.

Les suites opératoires furent particulièrement bénignes. Il n'y eut jamais de température; les fonctions digestives s'accomplirent normalement, le bouton fut expulsé le douzième jour.

Malgré la diminution de l'écoulement purulent et la disparition des matières fécales dans cet écoulement, la malade continuait à se cachectiser; l'œdème des membres inférieurs, l'albuminurie persistèrent. La mort survint le 29 août.

L'autopsie fut très sommaire, car le corps était réclamé; elle montra que l'anastomose était solide; le péritoine était sain; l'appendice baignait dans un vaste foyer purulent iliaque; il était à moitié détruit. Une anse grêle perforée communiquait par plusieurs petits orifices avec l'abcès iliaque.

OBSERVATION 95

(Personnelle, recueillie dans le service de M. le professeur PONCET.)

TUBERCULOSE ILÉO-APPENDICULAIRE; LAPAROTOMIE. — FISTULE STERCORALE. — EXCLUSION UNILATÉRALE DE L'INTESTIN; ABOUCHEMENT DU SEGMENT INFÉRIEUR DE L'ILÉON DANS L'S ILIAQUE.

C. M. . . , âgée de 20 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte Anne, service de M. le professeur Poncet, le 22 octobre 1900.

Dans ses antécédents héréditaires on relève que ses parents sont bien portants; un frère en bonne santé; pas de tuberculose dans la famille. Personnellement, la malade n'a jamais eu d'affection grave; elle dit qu'elle s'enrhume assez souvent, l'hiver principalement; elle n'a jamais eu d'affection pulmonaire sérieuse; jamais d'hémoptysie.

Réglée à l'âge de 14 ans, très régulièrement.

La malade a été opérée, au mois de mai 1900, par M. le professeur Poncet, pour des accidents appendiculaires, à allure chronique; depuis six mois, elle se plaignait de sa fosse iliaque droite; elle avait des crises douloureuses assez fréquentes, avec vomissements répétés; selles rares; elle maigrissait beaucoup; elle ne toussait pas; l'appétit était beaucoup diminué; le traitement médical avait entièrement échoué. M. le professeur Poncet diagnostiqua une typhlo-appendicite chronique, avec réserves pour la tuberculose. Il pratiqua une laparotomie iliaque droite et rencontra des lésions tuberculeuses localisées à la partie inférieure de l'iléon, à l'appendice et à une partie du cœcum; aucune résection ne fut pratiquée, la plaie fut suturée et drainée avec des mèches de gaze iodoformée.

La malade quitta l'hôpital trente jours après son opération; la plaie n'était pas encore complètement fermée; ce n'est qu'après un mois de séjour à la campagne que le trajet fistuleux s'oblitéra complètement (au début de juillet 1900).

Vers la fin du mois de juillet, après une marche pénible, au dire de la malade, son ventre se ballonna; il était doulou-

reux, tendu ; il y eut des vomissements alimentaires, puis bilieux, fréquents et abondants ; pendant trois jours les selles furent supprimées. Elle prit alors une purgation dont elle ne peut indiquer la nature ; quoiqu'il en soit, c'est aussitôt après son absorption, trois jours après le début des accidents douloureux, que la plaie s'ouvrit ; il s'écoula du pus avec force, comme un jet d'eau, dit-elle ; elle revint à l'hôpital ; on constata un écoulement uniquement purulent peu abondant ; la malade prit des bains et suivit un traitement général ; il n'y eut pas d'amélioration. C'est le 20 septembre, que, pour la première fois, la malade remarqua un pépin de raisin dans le pus qui s'écoulait de la fistule ; puis, presque aussitôt, des matières fécales, liquides, apparurent au niveau de la plaie. C'est alors qu'elle entra à l'hôpital. L'écoulement de matières fécales traversait régulièrement un rouleau de coton par jour ; il y avait un mélange de pus, de fongosités et de matières ; la quantité de l'écoulement variait avec le mode alimentaire. De temps en temps, il existe un ralentissement marqué dans le cours des matières ; le ventre se ballonne ; les selles sont supprimées ; il y a, à ce moment, des vomissements alimentaires et bilieux.

L'état général est bon, cependant la malade s'amaigrit et s'affecte surtout de son infirmité.

A l'examen de la malade, on constate, au milieu de l'ancienne incision de la laparotomie, un petit orifice de la largeur d'une tête de grosse épingle : les bords sont livides, décollés, avec des bourgeons de mauvais aspect. A la palpation, on sent un empâtement manifeste de toute la fosse iliaque droite, mais pas de collection bien limitée. Le reste de l'abdomen est souple ; un peu de tympanisme à gauche. Pendant les accès d'occlusion, on voit le ventre se ballonner, les anses distendues serpentent sous la paroi ; pas de bruits musicaux ; la colique cesse avec l'expulsion de matières fécales liquides, abondantes. Jamais il n'y a eu de sang dans les selles.

Pas de signes pulmonaires ; aucun autre symptôme de

localisation tuberculeuse ; pas d'albuminurie ; pas de température.

La plaie est cautérisée régulièrement au nitrate d'argent ; la malade est mise au repos ; son régime est surveillé. On n'obtient aucune amélioration.

Devant la persistance des symptômes et le désir de la malade d'être débarrassée de son infirmité, M. le professeur Poncet décide une intervention et se rattache à une exclusion unilatérale de l'intestin avec abouchement de la partie inférieure de l'iléon dans la partie inférieure du côlon ou dans l'S iliaque.

Opération le 20 novembre 1900. — L'opération est pratiquée par M. Delore.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie sous-ombilicale médiane. Après ouverture du péritoine, la portion terminale de l'iléon est recherchée ; elle se présente presque aussitôt ; de légers mouvements de traction montrent qu'elle est fixée à une masse néoplasique qui n'est aperçue qu'en partie ; elle englobe l'iléon ; il existe, à sa portion terminale, un rétrécissement de l'intestin, serré et bien dû à une lésion ayant envahi les parois après la muqueuse, car le segment sus-jacent est hypertrophié, résistant au toucher, vascularisé ; il n'y a pas d'ulcérations ou de tubercules sur le péritoine. L'intestin grêle est sectionné, mais *en plein tissu sain*, on laisse entièrement de côté la masse tuberculeuse séparée du péritoine par des adhérences qui la limitent exactement.

Le segment terminal (celui qui regarde le cœcum) est fermé par un surjet en bourse, puis enfoui par des points séro-séreux passant au-dessus du surjet.

Quant à l'autre segment, celui qui est en aval, on place la branche mâle du bouton de Jaboulay, qui s'applique exactement, dans ce cas, comme s'il s'agissait du bouton de Murphy-Villard ; la coprostase est faite facilement par la simple suture de l'intestin.

L'S iliaque est alors recherché ; après avoir choisi le point

qui se prêtait le mieux à l'anastomose, le gros intestin est ponctionné avec le bistouri, en dehors des franges épiploïques et de la couche longitudinale musculaire; la branche femelle du bouton de Jaboulay est appliquée, comme pour une gastro-entérostomie; il n'y a aucun besoin de suture. Les deux portions du bouton anastomotique sont alors engrenées.

Fermeture de la paroi abdominale.

On fait un pansement, en ayant soin de séparer avec une feuille de gutta-percha fixée au collodion les deux plaies abdominales. Les suites furent très simples; il n'y eut pas de température; la malade fut tenue à la diète hydrique et lactée pendant huit jours.

29 novembre. — Pansement. La plaie cœcale a donné très peu de pus. La plaie de la laparotomie médiane est en bon état. Les fils sont enlevés.

2 décembre. — Purgatif avec 30 grammes d'huile de ricin. Selles abondantes; le bouton anastomotique est rejeté.

28 décembre. — La suppuration cœcale est presque nulle. La plaie abdominale est entièrement cicatrisée. La malade se lève; son alimentation est semblable à celle de toutes les autres malades; aucun trouble digestif; pas de diarrhée; les matières sont dures.

10 janvier 1901. — La malade est présentée à la Société des Sciences Médicales.

Elle quitte l'hôpital le lendemain; sa fistule ne suppure presque pas et la terminaison est prochaine.

19 février. — La malade est entièrement guérie; les fonctions digestives sont normales.

Nous avons revu récemment la malade; sa fistule est tarie complètement; la région est souple, non douloureuse; on ne constate aucun empâtement profond; le foyer tuberculeux semble s'être éteint complètement; les selles sont normales; il n'y a pas de diarrhée.

Résultats de l'exclusion unilatérale.

Sur 5 cas, il y a eu 5 guérisons opératoires ; la fistule stercorale cessa dans 4 cas , l'écoulement séreux persista 2 fois (les malades moururent quelques mois après). Enfin, dans 2 autres cas, la fistule stercorale et l'écoulement séreux disparurent complètement.

Dans le cas de M. Hartmann, la fistule stercorale persistait encore après l'iléo-rectostomie ; il s'agissait d'une lésion complexe ; la fin de l'iléon, le cœcum, l'S iliaque s'ouvraient dans un même foyer purulent ; l'exclusion unilatérale revenait à une entéro-anastomose, car des matières conduites dans le rectum peuvent bien refluer jusqu'à l'S iliaque. Dans des cas semblables, M. Hartmann préfère, avec raison, l'exclusion bilatérale qui, seule, peut tarir la fistule stercorale ; mais l'exclusion unilatérale dut être pratiquée, dans ce cas, en raison de l'état de la malade.

L'exclusion unilatérale présente les avantages suivants :

1^o *Elle supprime la fistule stercorale*, comme l'exclusion bilatérale ; les conditions dans lesquelles on doit la pratiquer] sont les mêmes que celles que nous avons indiquées plus haut.

Dans les cas de fistule] sur [le trajet de l'intestin grêle, loin de la valvule iléo-cœcale, faire l'exclusion en anastomosant l'anse intestinale supérieure dans l'intestin grêle serait presque faire une entéro-anastomose simple, car, en raison de la péristaltique,

les matières reviendraient au niveau de l'orifice cutané ; c'est là la seule indication de l'exclusion bilatérale.

Si la fistule siège sur l'intestin grêle, à quelque distance de la valvule de Bauhin (Obs. 94), on peut anastomoser l'iléon au côlon ascendant, les matières sont arrêtées par la valvule iléo-cœcale. Si l'on a des doutes sur l'état du cœcum, mieux vaut se comporter comme s'il s'agissait d'une lésion certaine.

Si la fistule siège sur la portion iléo-cœcale de l'intestin grêle, anastomoser l'iléon au côlon ascendant ou même au côlon transverse, ne suffit pas ; il faut, et MM. Jaboulay et Bérard insistent beaucoup sur ce point, faire l'*anastomose iléo-sigmoïdale* la suppression du gros intestin a peu de conséquence ; nous n'avons pas, chez la malade de l'observation 95, observé la diarrhée constante des animaux en expérience de Lardennois. C'est le seul moyen de tarir la fistule stercorale.

2^o *Elle évite l'écoulement séro-purulent*, constant avec l'exclusion bilatérale. Dans l'exclusion unilatérale, les produits de sécrétion suivent le trajet du gros intestin ; la fistule ne reste là que comme une soupape de sûreté ; la voie principale étant ouverte, on conçoit qu'une voie accessoire et non forcée finira par se fermer vite. Cet écoulement persiste pendant quelque temps, ce qui est dû à la persistance d'un abcès froid, le plus souvent péri-intestinal ; il peut mettre longtemps à se fermer, mais la guérison est certaine. En tous cas, les sécrétions glandulaires s'échappent par l'intestin,

au lieu que dans l'exclusion bilatérale, elles se déversent dans une cavité close et doivent sortir par la fistule qu'elles dilatent incessamment.

Les craintes d'inoculation secondaire sont, nous l'avons vu plus haut, exagérées ; le gros intestin est moins vulnérable que l'intestin grêle ; il reste aux matières un point dangereux à franchir ; c'est le rectum, où elles peuvent séjourner ; les chambres d'infection sont peut-être plus grandes à ce niveau ; on peut les diminuer beaucoup en évitant de laisser une stase se produire.

Résumé du traitement d'une fistule pyo-stercorale.

Voici comment on peut résumer la conduite à tenir en présence d'une fistule pyo-stercorale.

1^o Essayer le traitement médical, et n'intervenir avant quelques mois, que si on constate la dénutrition.

2^o Lorsqu'on aura décidé une intervention, on aura rarement recours aux *méthodes extra-péritonéales* qui s'appliquent à des cas exceptionnels de fistule labiée.

2^o Faire une laparotomie médiane, loin de la lésion.

L'*entérectomie* est réservée aux cas bien limités, à adhérences peu nombreuses, peu étendues, sans foyers purulents.

Dans tous les autres cas, abandonner l'opération radicale ; *rejeter l'entéro-anastomose*, qui est insuffisante ; *utiliser l'exclusion intestinale*.

L'exclusion bilatérale est réservée aux fistules de l'intestin grêle, loin du cœcum.

L'exclusion unilatérale peut être employée dans les autres cas; si la fistule siège près du cœcum, faire l'abouchement de l'iléon dans le côlon ascendant; si le cœcum est malade ou douteux, aboucher l'iléon dans l'S iliaque.

Art. II. — Traitement de quelques autres complications.

Nous envisagerons, dans ce chapitre : 1^o l'*occlusion aiguë*; 2^o l'*invagination*; 3^o la *section des brides*; 4^o la *perforation*.

A. — CONDUITE A TENIR DANS L'OCCLUSION AIGUE

L'occlusion aiguë peut survenir à toutes les périodes de l'évolution d'une tuberculose intestinale; nous avons vu combien son mécanisme était varié. Il est très important de distinguer si l'on se trouve en face d'un accès douloureux prolongé ou d'une occlusion complète; le premier cas est le plus fréquent; son pronostic s'améliore.

Il faut intervenir rapidement; les malades s'intoxiquent doublement; la période de tolérance est vite passée et un retard de quelques heures suffit à compromettre le résultat de l'intervention.

Comment faut-il intervenir? Faut-il se contenter d'une opération pallative? Faut-il tenter plus?

1^o *Anus contre nature*. — *L'anūs contre nature* a longtemps été érigé en méthode dans le traitement de toute obstruction intestinale. Il semble aujourd'hui que ce traitement soit abandonné dans beaucoup de cas. Senn l'a violemment critiqué, disant que la plupart des malades préféreraient la mort à une semblable infirmité. L'anūs contre nature ne doit être considéré que comme un pis-aller; siégeant sur l'intestin grêle, la dénutrition est rapide, la mort presque certaine; le sujet ne se remet jamais assez complètement pour avoir le temps de subir l'opération complémentaire qui demeure dans la pensée du chirurgien. Voici les observations que nous avons recueillies d'anūs contre nature fait d'emblée comme traitement de l'occlusion au cours de la tuberculose intestinale.

OBS. 96, SALZER, 1892 (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1892). — H., 26 ans, sténoses multiples : anus contre nature. Mort.

OBS. 97, TRÈVES, 1888 (*Transaction of. the pathol. Soc. of London*, 1888). — H., 15 ans, rétrécissement à la fin de l'iléon; anus contre nature. Mort.

OBS. 98, OBALINSKI, 1887 (*Arch. f. Klin. Chir.*, Bd., 1868). — F., 30 ans, Entérostomie. Fermeture de l'anūs et entéro-anastomose. Mort un mois après, par défaut de nutrition.

OBS. 99, FRANKEL, 1895 (*Jahrbuch der Hamburger Staats Krankenanstalten*, V., 1895-1896). — H., 52 ans, douze sténoses de l'intestin grêle, Anus contre nature. Mort. A l'autopsie on vit que l'anūs siégeait à 1 m. 25 de l'estomac; les aliments sortaient non digérés.

OBS. 100, BRAUN, 1898 (*in Johnson, loc. cit*, Obs. 2). —

H..., 48 ans. A l'opération, on trouve les deux anses accolées sur 5 centimètres ; il y a un rétrécissement au dessus ; l'anse sus-jacente est dilatée. Entérostomie au-dessus de la sténose. Mort 10 jours après.

Machard cite trois cas de tuberculose cœcale avec anus contre nature : 3 morts.

Toutes ces observations, et il y en a beaucoup d'autres, montrent que l'anus contre nature est sans résultat.

2^o *Laparotomie précoce*. — Le véritable remède est d'opérer avant que les phénomènes d'occlusion soient très prononcés. « Nous sommes consultés, dit Richelot, lorsque le malade est épuisé, algide. J'avoue qu'il vaut mieux faire un anus contre nature, mais, quand on arrive à temps, la laparotomie reprend tous ses droits ».

C'est, en effet, la *laparotomie* qu'il faut pratiquer tout d'abord ; il faut voir la cause de l'occlusion, la traiter si possible ; l'éviscération ne sera pas employée ; on se portera aussitôt sur la lésion indiquée par l'anse dilatée sus-jacente. S'il s'agit d'une coudure, d'une bride, d'une invagination, on voit combien une semblable conduite peut être justifiée.

Si l'on constate une lésion tuberculeuse, même si elle est limitée, il ne faudra pas songer à l'entérectomie ; c'est *l'entéro-anastomose* qui garde tous les avantages ; c'est un anus contre nature ouvert dans l'intestin, c'est en même temps un mode de traitement. Elle sera faite au moyen du bouton anastomotique de gros calibre ; la durée de l'acte opératoire est considérablement diminuée et, de plus,

l'anastomose est d'emblée plus solide et résiste mieux qu'une suture, même très exacte, à la poussée des matières fécales.

On peut même ponctionner l'intestin avant de pratiquer l'anastomose, rendue ainsi plus facile ; d'autres même ont pratiqué une large incision pour évacuer le contenu intestinal.

Dans certains cas on a ponctionné l'intestin (Hofmeister) et fixé à la paroi cette partie d'anse ; si les phénomènes d'occlusion persistaient, l'anus contre nature était établi ; Hofmeister dit que le spasme au niveau de la sténose peut cesser, et le cours des matières se rétablir.

En somme, l'anus contre nature ne doit pas être érigé en méthode opératoire ; il ne sera pratiqué que dans la plus noire détresse (Roux), ou lorsque l'entéro-anastomose sera impossible à faire, en raison de la diffusion des lésions ; on peut se demander si, dans ces cas, il ne serait pas préférable de se borner à la laparotomie qui, seule, peut diminuer le spasme et donner un résultat meilleur.

Nous rapportons ici une observation qui montre combien l'intervention est dangereuse lorsque le malade est faible ; il s'agit d'une tuberculose péritonéale diffuse, avec accès d'occlusion ; le malade refusa toute intervention pendant plusieurs jours et ne se laissa opérer qu'au dernier moment ; peut-être s'il se fût agi d'une forme simple, une opération courte l'eût-elle sauvé ; dans cette forme complexe, on ne pouvait rien espérer.

OBSERVATION 101

(Due à l'obligeance de notre collègue et ami Charles VIANNAY)

ANCIENNE TUBERCULOSE ENTÉRO-PÉRITONÉALE. — RÉTRÉCISSEMENT TUBERCULEUX DE L'INTESTIN GRÊLE ; BRIDES PÉRITONÉALES. — OCCLUSION INTESTINALE. — OPÉRATION IN EXTREMIS ; MORT.

V. J..., âgé de 60 ans, manœuvre. Entré, le 8 juillet 1901, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Augustin, service de M. le professeur Bondet. Pas d'antécédents héréditaires. Personnellement, à l'âge de 12 ans, il se plaignit de troubles digestifs (coliques, alternatives de diarrhée et de constipation, anorexie, amaigrissement). Ces phénomènes cessèrent à l'âge de 15 ans. Le malade fit son service militaire ; après 18 mois, il fut repris des mêmes troubles digestifs que pendant son adolescence ; après un séjour à l'hôpital, il fut réformé. Depuis, il n'a plus souffert de l'abdomen et a joui d'une excellente santé. Il est demeuré célibataire, nie toute maladie vénérienne et use modérément des boissons alcooliques.

Le 5 juillet 1901, il fut pris d'une diarrhée abondante, sans coliques, ses matières étaient claires comme de l'eau, dit-il. Le 6 juillet, la diarrhée cessa et, brusquement, apparurent des douleurs vives, généralisées à tout l'abdomen, en même temps que s'installait de la constipation et des vomissements.

A son arrivée à l'Hôtel-Dieu, son faciès est grippé ; ses yeux cernés, sa langue saburrale, le pouls est à 100 ; la température rectale, 37°4. L'abdomen est ballonné, souple cependant. Depuis deux jours, il n'y a eu ni selles, ni vents. Les urines, rares, contiennent de l'albumine. L'état général étant conservé bon, on prescrit deux lavements et on remet l'intervention au lendemain.

9 juillet. — Les lavements ont été rejetés intacts. Le ventre est surtout ballonné dans la moitié sous-ombilicale ; les régions correspondant au gros intestin ne sont nullement

distendues ; le cœcum n'est pas dilaté. Dans le flanc gauche, près de la ligne médiane, trop bas pourqu'on puisse songer à l'estomac, *clapotage* dans une zone large environ d'une mains Toucher rectal négatif. Depuis hier le faciès s'est altéré ; les vomissements fréquents, d'aspect fécaloïde.

On propose une intervention qui est refusée.

Avec des lavements répétés on obtient quelques selles abondantes.

14 juillet. — L'état s'aggrave. Le pouls est à 115.

15 juillet. — Température : 39°6.

Le 16 juillet le malade accepte une intervention que M. Jaboulay pratique à tout hasard.

Opération. — Légère éthérisation. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On sort une grande partie d'intestin grêle qui est rouge congestionnée ; on rencontre de nombreuses brides fibreuses, allant de l'épiploon à la paroi ou de l'intestin à la paroi. En outre, les anses intestinales sont soudées entre elles, en maints endroits, par des brides fibreuses.

On ne trouve pas le cœcum, mais on voit le colon transverse, vide et atrésié.

Dans le flanc gauche, au point où siège le maximum de dilatation de l'intestin grêle, on trouve trois anses intestinales soudées entre elles par une masse d'adhérences solides et anciennes. On sectionne ces adhérences, afin de libérer les anses ; pour ce faire, on est obligé de se livrer à une véritable dissection, au cours de laquelle deux anses sont blessées. On profite de ces orifices pour vider l'intestin et l'on enfouit les perforations au moyen de sutures à la Lembert.

On referme le ventre, en laissant un tamponnement. Injection de sérum artificiel, 500 gr. Le malade est remporté dans son lit où il meurt, quelques heures après l'opération.

Autopsie le 17 juillet, 24 heures après la mort.

On incise crucialement la paroi abdominale, en utilisant l'incision de la laparotomie et l'on rabat les quatre lambeaux ainsi formés.

La masse des anses grêles dilatée, s'étale aussitôt au dehors ;

elle remplit la cavité abdominale et le gros intestin reste invisible. L'intestin grêle est congestionné dans son ensemble.

On reconnaît les anses libérées pendant la laparotomie et l'on s'assure que les sutures ont tenu. Parmi les anses grêles dilatées, l'une est particulièrement volumineuse, sans que l'on puisse encore saisir la raison de ce fait. En plusieurs endroits, on voit des circonvolutions adhérentes entre elles, deux par deux, ou trois par trois, sur une plus ou moins grande étendue. On retrouve, à deux endroits différents, la disposition rencontrée pendant la laparotomie ; à savoir un carrefour où concourent trois anses intestinales soudées par des brides.

On rejette sur le côté l'intestin grêle, afin d'explorer le gros intestin. Le cœcum est adhérent à la paroi pelvienne, le côlon, soudé aux organes ambiants, a perdu toute mobilité. Le côlon transverse paraît plus distendu qu'au cours de la laparotomie : il semble qu'après l'opération, les matières aient mieux circulé.

On dévide l'intestin dans toute son étendue : cette opération est assez laborieuse, à cause des multiples adhérences des anses intestinales entre elles et des coudures qui résultent de ces adhérences ; puis on ouvre longitudinalement l'intestin.

Il est rempli de matières fécales liquides, jaunâtres, tout à fait analogues aux vomissements. En certains points, la muqueuse est légèrement congestionnée et ecchymotique, mais ne présente pas traces d'ulcérations.

Lorsqu'on a incisé l'anse grêle la plus volumineuse (signalée plus haut), l'entérotome est arrêté par un *repli valvulaire transversal*, faisant saillie dans la lumière de l'intestin.

A la palpation, il donne la sensation de dureté spéciale au tissu cicatriciel. En ce point, la paroi de l'intestin, vue de l'extérieur, apparaît légèrement froncée. L'anse située immédiatement en avant de ce rétrécissement est plus dilatée que le reste de l'intestin ; elle n'est pas nettement hypertrophiée ;

sa paroi a sensiblement la même épaisseur que celle de l'anse sous-jacente. Au-dessous du rétrécissement, l'intestin ne présente aucun caractère spécial ; à quelques centimètres plus loin, d'ailleurs, on rencontre une coudure par bride. En somme, ce rétrécissement de l'intestin grêle ne constituait pas, dans ce cas, le principal obstacle à la circulation intestinale.

Rien à l'estomac.

Les *poumons* sont le siège d'une congestion diffuse ; leur tissu crépite encore et ne va pas au fond de l'eau.

Cœur normal.

Il existe de la *péri-hépatite* et la péri-splénite anciennes ; la face supérieure du foie est solidement soudée au diaphragme.

Les *reins* sont petits, leur capsule est adhérente et ne se détache qu'en arrachant des lambeaux de substance rénale ; leur zone corticale est particulièrement mince.

B. TRAITEMENT DE L'INVAGINATION

La constatation d'une invagination intestinale montre bien qu'il faut chercher à voir la cause même de l'occlusion, car dans ces cas, la thérapeutique se modifie et devient très efficace. M. Jaboulay a pu réduire une invagination complexe et obtenir une guérison. Voici le résumé de cette observation.

OBSERVATION 102

(JABOULAY, *Soc. de Chir. de Lyon*, 20 juin 1901.)

(CAVAILLON, *Province Méd.*, juin 1901.)

H., 46 ans, sans antécédents pathologiques ; son affection a débuté, il y a trois semaines, par des phénomènes douloureux, à siège abdominal ; il y a eu deux crises avec alternative de diarrhée et de constipation. A son entrée, on constate une tumeur allongée, en forme de boudin,

dans la fosse iliaque droite ; péristaltisme violent ; le lendemain, la tumeur est devenue sous-hépatique ; le malade séjourne huit jours dans le service de M. le professeur Bondet ; il est envoyé, le 3 juin, à M. Jaboulay, qui décide aussitôt l'intervention. — Laparotomie médiane ; liquide séro-hématique ; la fosse droite iliaque est déshabitée ; pas de cœcum, pas de côlon ascendant ; au-dessus de l'estomac fait saillie une portion dilatée du côlon transverse ; à travers ses parois distendues se voit une tumeur qui se mobilise facilement dans le côlon, comme dans une gaine. Tuberculose péritonéale diffusée.

Cette portion du gros intestin est éviscérée ; tandis qu'à gauche, le côlon transverse se continue sans accident, avec la portion descendante, à droite, il s'arrête brusquement, à deux centimètres environ de la ligne médiane. Son extrémité forme une cavité dans laquelle se sont successivement invaginés : une portion d'iléon, le cœcum, le côlon ascendant, la moitié environ du côlon transverse.

Il existe, là, comme un puits dont la margelle n'est autre que l'adossement des deux tuniques intestinales. Dans ce puits pénètre une anse grêle, plusieurs fois enroulée sur son axe ; elle s'y engage après avoir effectué, sous le méso-colon transverse, un trajet presque verticalement descendant ; le mésentère adhérent à cette anse est tendu au maximum. Des manœuvres combinées d'expression sur le côlon et des tractions légères sur l'anse grêle, permettent la désinvagination, qui s'opère lentement, sans effort.

Le cœcum apparaît le dernier, complètement retourné sur lui-même ; enfin un dernier ressaut, et voilà libérés les quelques centimètres d'iléon, qui avaient forcé la valvule iléo-cœcale.

Après désinvagination, on remet en place et on suture.

Huit jours après l'intervention le malade va bien, les selles sont normales, les douleurs ont disparu, l'alimentation se fait bien.

Dans un autre cas semblable d'invagination au cours de tuberculose intestinale, Czerny fit une entéro-anastomose.

OBS. 103, CZERNY, 14 (Murwedel : Ueber Entero anast. etc., Beitr. z. Klin Chir., 13). — H., 14 ans; deux mois auparavant, accès douloureux dans l'abdomen, avec tuméfaction de l'hypochondre droit. A son entrée, amaigrissement, tumeur cylindrique, douloureuse, dans la région du côlon transverse. Opération. Laparotomie. On trouve une invagination, composée du cœcum et du côlon ascendant, dans lesquels la dernière portion de l'iléon s'était invaginée. La réduction, en présence des adhérences nombreuses, était impossible; la résection était contre-indiquée en raison de la faiblesse du malade. *Anastomose de l'iléon et du milieu du côlon transverse*, avec deux rangées de suture. Le cœcum présentait des lésions de pérityphlite tuberculeuse. Guérison maintenue un an.

La conduite au point de vue opératoire, en cas d'invagination, ne diffère pas de celle que l'on adopte pour la cure radicale des lésions.

Dans les cas d'invagination chronique, chercher à réduire l'invagination, réséquer s'il existe une lésion intestinale et si l'état général le permet; faire une entéro-anastomose si le sujet est faible.

Dans l'invagination aiguë, la réduction sera possible si l'on opère tôt, le plus souvent on devra faire une entéro-anastomose; la résection ne deviendra obligatoire que si l'intestin menace de se gangréner. on pourra, si l'état est grave, faire un anus contre nature au siège même de la lésion.

C. SECTION DES BRIDES

La section d'une bride peut se présenter au cours de toutes ces opérations portant sur l'intestin grêle ; on peut avoir à la pratiquer aussi dans les laparotomies pour péritonite tuberculeuse ; il faut les rechercher, dans ces derniers cas, lorsque le malade présente des signes d'obstruction.

Au-dessus d'une bride, l'intestin est dilaté et facilement reconnaissable ; la bride, est le plus souvent, complète et enserre l'intestin sur toute sa circonférence. Elle peut affecter deux dispositions. Tantôt elle fait corps avec la paroi, tantôt elle en est indépendante. Dans le premier cas, l'intestin est malade, et alors le segment sus-jacent est hypertrophié, c'est-à-dire que les parois sont dures, résistantes au toucher. Dans le second cas, l'intestin est ordinairement sain, la paroi peut être épaissie, mais il ne s'agit que de lésions de compression, de stase ; en la pressant entre les doigts on réduit l'épaisseur.

Cette distinction est importante à connaître ; si l'intestin n'est pas envahi, la section simple de la bride suffit ; elle se fera avec soin entre deux pinces hémostatiques. Si l'intestin est malade, la section est insuffisante, il faudra agir sur l'intestin même.

Nous rapportons cette observation de M. Jaboulay, dans laquelle la section simple de la bride amena de bons résultats ; l'examen du segment sus-jacent indiqua, à lui seul, que l'intestin était sain.

OBSERVATION 104

(Personnelle, recueillie dans le service de M. JABOULAY.)

ANCIENNE COXO-TUBERCULOSE GAUCHE SUPPURÉE, ANKYLOSE ACTUELLE. — OCCLUSION INTESTINALE ÉTABLIE LENTEMENT, SIGNES DE STÉNOSE DE L'INTESTIN GRÊLE.

OPÉRATION. — TUBERCULOSE PÉRITONÉALE AIGUE A GRANULATIONS FRAMBOISÉES GÉNÉRALISÉES. — BRIDE SUR LA PARTIE INFÉRIEURE DE L'ILÉON DANS LA FOSSE ILIAQUE GAUCHE. — SECTION SIMPLE DE LA BRIDE. GUÉRISON. — MORT, CINQ MOIS APRÈS, DE GÉNÉRALISATION; LES ACCIDENTS D'OCCLUSION N'AVAIENT PAS REPARU.

L. H..., charron, âgé de 37 ans, entre dans le service de M. Jaboulay, salle St-Louis, le 5 janvier 1901, pour des accidents subaigus d'occlusion intestinale, datant de plusieurs jours.

Dans les antécédents héréditaires, mère bien portante, père mort d'un néoplasme du plancher buccal. Deux frères bien portants.

Personnellement, pas de maladie dans l'enfance. Marié; un enfant bien portant.

Il y a deux ans, après une période de début assez longue, la malade eut une coxalgie gauche, que l'on reconnut être de nature tuberculeuse; on le soigna à l'hôpital de la Croix-Rousse, où on lui appliqua un appareil silicaté. Le malade ne suivit pas les prescriptions qui lui avaient été faites, se fit enlever son appareil et continua à marcher. Une douleur plus vive l'obligea à garder le repos; un abcès se forma à la partie antéro-interne de la cuisse et s'ouvrit, du pus s'écoula pendant quelque temps, puis tout cessa, le foyer semble s'être éteint depuis ce moment, mais il persiste une ankylose de la hanche avec un peu de flexion et d'adduction. Le malade ne peut marcher qu'avec des béquilles.

Depuis cette affection, l'état général s'affaiblit, l'appétit

cessa un peu, il y eut une toux légère pendant un certain temps ; pas d'hémoptysie.

Depuis plusieurs mois le malade se plaint de ne pas digérer très bien ; il lui arrivait de vomir souvent et d'aller à la selle très irrégulièrement ; il remarquait déjà qu'à ce moment son abdomen se météorisait à gauche, il n'a pas remarqué s'il y avait du péristaltisme localisé, il signale, par contre, la fréquence de bruits intestinaux à ce niveau, accompagnés de douleurs. Cet état durait depuis trois ou quatre mois, lorsqu'à la fin de décembre 1900, les vomissements deviennent plus abondants, alimentaires, bilieux ; en même temps des douleurs atroces survenaient dans l'abdomen ; il n'y eu pas de gaz ni de selles pendant deux jours.

Le malade entre à l'hôpital six jours après le début de ces accidents ; on constate alors tous les signes d'une occlusion intestinale subaiguë ; les douleurs ont cédé, le ventre est un peu moins dur ; il y a quelques gaz ; l'état général, le pouls sont bons. Devant le peu de gravité de cet état, M. Jaboulay rejette une intervention immédiate ; la glace sur le ventre fit disparaître la douleur ; les signes d'occlusion s'atténuèrent, mais ne disparurent jamais complètement.

Le 25 janvier, le malade fut subitement pris de douleurs abdominales ; l'abdomen se météorisa très vite ; un péristaltisme très marqué se voyait à la surface de l'abdomen, en dehors de toute excitation de la paroi ; à gauche on constatait un *clapotage manifeste*, dans la fosse iliaque ; il y avait des vomissements alimentaires et bilieux ; pas de gaz. Nul doute qu'il y avait de nouveau un accès aigu d'occlusion intestinale. M. Jaboulay décida immédiatement l'opération ; le pouls était bon, l'état général satisfaisant.

Opération le 26 janvier 1901. — Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Après ouverture du péritoine, on constate que le feuillet pariétal est recouvert d'un semis de granulations rougeâtres très développées en certains points ; l'épaisseur de ce feuillet était augmentée, la vascularisation, très abondante, indiquait une congestion

intense. Le diagnostic de tuberculose péritonéale aiguë fut posé et on pouvait songer à la possibilité d'accidents d'occlusion survenant dans les poussées aiguës de tuberculose péritonéale, et due à une paralysie intestinale.

L'existence du clapotage net à gauche ne pouvait s'expliquer que par un obstacle véritable au cours des matières intestinales; des anses intestinales furent attirées au dehors; elles étaient recouvertes de granulations énormes, qui siégeaient non seulement sur la partie libre de l'intestin mais sur tout le mésentère; elles avaient une teinte presque lie de vin; leurs dimensions étaient plutôt restreintes, elles se trouvaient, par conséquent, au-dessous de l'obstacle. Lentement l'intestin grêle fut ainsi déroulé; les mêmes lésions existaient sur toute son étendue. Après quelques minutes, l'intestin sembla adhérent à la fosse iliaque gauche; une main introduite dans l'abdomen attira à l'extérieur une anse grêle énormément distendue et très congestionnée; elle avait le volume d'un bras; *ses parois paraissaient épaissies, mais, au toucher, on s'aperçut que ce n'était qu'une apparence; les parois étaient même plus amincies que celles de l'intestin normal.* Ce caractère du segment sus-jacent immédiatement à une sténose permettait d'affirmer que l'obstacle était extérieur à l'intestin et que la muqueuse de l'intestin était indemne. On rencontra une bride qui joignait deux points de la fosse iliaque gauche et passait comme un pont au-dessus de l'intestin grêle; elle fut sectionnée; il s'agissait d'un cordon fibreux très résistant. Aussitôt après sa section, la circulation se rétablit dans l'intestin sous-jacent et, peu de minutes après, la sténose ancienne n'était révélée que par un petit cercle blanchâtre; l'intestin au-dessus et l'intestin au-dessous d'elle étaient semblables et rien ne les distinguait à la vue et au toucher. Réintégration de l'intestin.

Fermeture de la paroi suivant le procédé de M. Jaboulay.

28 janvier 1901. — Les signes d'occlusion n'ont pas reparu; selles abondantes; bon état.

Février 1901. — L'amélioration continue; le malade a de l'appétit; le ventre est souple; on ne note plus le clapotage dans la fosse iliaque gauche.

10 mars 1901. — Œdème des jambes; albuminurie légère.

25 mars. — L'œdème augmente; pas de toux.

Le malade quitte l'hôpital, avec de l'anasarque; il est mort chez lui au mois de mai 1901; les signes d'occlusion n'avaient pas reparu.

D. TRAITEMENT DE LA PERFORATION

Le traitement de la perforation de l'intestin, dans la cavité péritonéale libre, n'a pas donné encore de succès. Oppenheim et Laubry rapportent un cas de Blum, dans lequel il s'agissait d'un malade, sans antécédents tuberculeux, présentant tous les signes d'une péritonite par perforation; on fit une laparotomie sans résultats. A l'autopsie, on trouva une ulcération à 15 cent. de la valvule iléo-cœcale; elle avait intéressé toutes les tuniques de l'intestin; le diagnostic de lésion tuberculeuse fut confirmé par le microscope.

L'intervention est rationnelle, comme dans le cas de perforation au cours de la dothiéntérie. Le point de départ de la douleur doit guider sur le choix de l'incision de la laparotomie. Une fois la cavité abdominale ouverte, il faut rechercher la perforation. « Autant que cette conduite est possible, dit Letulle pour une péritonite par perforation, il faut agir méthodiquement à la façon d'une autopsie qui serait faite sur le vivant et ne négliger aucun détail apprê-

ciable à la vue ». Ces manœuvres pourront être longues et s'accompagner de shock ; aussi les cas où l'on pourra les exécuter seront-ils très rares.

Une fois la perforation trouvée, une autre difficulté se présentera ; la suture de la perforation faite suivant les principes ordinaires, permettant d'éviter les rétrécissements ultérieurs, sera presque impossible sur un tissu malade friable. On ne peut songer à une resection partielle de l'intestin grêle qui serait fatalement suivie de sténose. C'est à l'entérectomie qu'il faut théoriquement avoir recours.

Aucune observation n'est là pour confirmer ces données ; il s'agit de cas d'une extrême gravité pour lesquels la thérapeutique chirurgicale offrira peu de ressources.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie de tout ce qui se rapporte à l'exclusion intestinale a été systématiquement laissée de côté; elle se trouve au complet dans l'article de MM. Terrier et Gosset (*Rev. de Chir.*, 1900) et dans un mémoire sur l'exclusion unilatérale, fait en collaboration avec M. Delore (*Rev. Chir.*, mars 1901.) Les indications bibliographiques citées avec les observations ne sont répétées que s'il y a des considérations chirurgicales.

BAILLET. — Th. Paris 1894: Résection iléo-cœcale.

BARKER. — *The Lancet*, avril 1901, p. 1186 : Deux cas au sujet de la limite de l'entérectomie.

BECKER. — *Deutsch Z. f. Chir.*, Bd 39, 162: Ueber Darmresektion.

BENOIT. — Th. Paris 1893 et *Gaz. des Hôpitaux* 1898: Tuberculose chronique iléo-cœcale.

BOIFFIN. — Congrès de Chir., 1899.

BOURIGAULT. — Th. Paris 1893: Résultats de l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses internes.

CAREL. — Th. Paris 1897: Résection iléo-cœcale.

COMTE. — *Revue Méd. de la Suisse romande*, 1889, p. 586, et 1890, p. 402.

CONRATH. — *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1896.

CZERNY. — *Brun's Beitrage*, VI, 3, 1876: Ueber die chirurg. Behandlung intraperiton. Tuberkulose. — *Deutsch. med. Woch.*, 1889, n° 45: Ueber Magen und Darmresektion.

CZERNY und RENDFLEISCH. — *Brun's Beitr.*, IX, 1870: Ueber die an der Heidelberger chirurg. Klinik. aus gefurten Operationen zum Magen und darm.

DEPPE. — *Inaug. Dissert. Tubingen*, 1899 et *Centr. f. Chir.*, 1899: Multiple tuberculosen stricturen,

- DIET. — Th. Paris, 1895: Entéro-anastomose dans les rétrécissements de l'intestin.
- DREESMANN. — *Berliner Klin. Woch.*, 1899, n° 16.
- DUPONT. — Th. Paris, 1893-1894: Tuberculose intestinale et son traitement.
- DURANTE. — *Il Policlinico*, 1894, n° 15: Sténose tuberculeuse du pylore.
- EISELBERG. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1898, p. 281-322: Traitement des fistules stercorales et des rétrécissements de l'intestin.
- ELLIOT. — *Annal. of Surgery.*, janvier, 1895: Gangrène intestinale par lésions mésentériques.
- ENGELN (von). — *Cercle méd. de Bruxelles*, août, 1898: Entérite tuberculeuse; tumeur tuberculeuse; phlegmon gangréneux; mort.
- ERDHEIM. — *Wiener Klin. Woch.*, n° 4, 25 janvier 1900, p. 79: Ueber multiple Dundarmstenosen tuberkulosen Ursprunges. Analysé in *Revue de Pozzi*, n° 4, 1900 et *Riforma medica*, 1900, p. 355.
- FANTINO. — *Centr. f. Chir.*, 1896, p. 614.
- FREY. — *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1895, 14, p. 136: Ueber die Technik den Darmhat.
- GESSNER. — *Cent. f. Chir.*, 1896, n° 6, p. 137: Entero-anastomose bei Tuberkulosen Darmstriktur, et *Berlin. Klin. Woch.*, juillet, 1900: Laparotomie pour tuberculose de l'int. grêle.
- HARRIS et HERZOG. — *Annal. of Surgery*, juillet, 1897.
- HARTMANN. — *Soc. Chir.*, 1900: A propos des anastomoses intestinales. — *Paris, 1901*, Steinheil: Chirurgie gastro-intestinale.
- HOCHENEGG. — *Wien. Klin. Chir.*, 1895.
- HOFMEISTER. — *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1896, 17, n° 3. Ueber multiple Dundarmstenosen tuberkulosen Ursprunges.
- HUME. — *The Lancet*, 1898, p. 684: Obstruction int. traitée par l'entéro-anastomose.
- ISRAEL. — *Centr. f. Chir.*, 1896, n° 4: Ueber Chir. heilung von peritoneal und darmtuberkulose.
- JABOULAY. — *Arch. prov. Chir.*, 1900, p. 609: Nouveau bouton anastomotique; *Lyon Médical*, avril 1900: Au sujet de l'exclusion intestinale.
- JOHNSON. — Inaug. Dissert. Gottingen, 16 juin 1899: Ueber multiple Dundarmstenosen. Analysé in *Medical Review*, septembre 1900.
- KÆNIG. — *Langenb. Arch.*, Bd 40: Opérations de l'intestin pour tumeur; *Deutsch. Z. f. Chir.*, 1892, Bd 34, p. 62: Ueber stric-turende Darmtuberkulose und ihre Behandlung.

- KÖRTE. — *Langenb. Arch.*, Bd 48, p. 715 : Résection pour sténose de l'intestin grêle.
- KROGIUS. — *Deutsch. Z. f. Chir.*, Bd 52 : Ein fall von multiplen stenosirenden tuberculösen Darmtumoren.
- KUKULA. — *Langenb. Arch.*, 60, 4, in *Semaine Méd.*, 1901, p. 39.
- LAUWERS. — *Rev. Gynécol.*, 1898, p. 961 : Implant. latérale de l'intestin.
- LENNANDER. — *Berl. Klin. Woch.*, 1895, n° 32 : Ein fall von multiplen tuberkulösen im ileum.
- MACHARD. — Th. Genève, 1899 : Extirpation du cœcum.
- MARGARUCCI. — *Il Policlinico*, 1898, p. 75 : Tuberculoses intestinales et leur traitement.
- MAYO. — *New-York med. Journ.*, août 1899, p. 255 ; *The Lancet*, p. 970 : Tuberculose localisée de l'intestin.
- MOCKENHAUPT. — Inaug. Dissert. Kiel, 1891 : Zwei fall von Darmtuberkulose mit stenosenbildung.
- MONARI. — Beitr. z. Klin. Chir., 16, 2.
- MONTPROFIT. — *Med. Press*, 14 février 1900 : Résection de 3 m. 30 d'intestin.
- MURWEDEL. — Beitr. z. Chir., Bd 14, 33 : Ueber entero-anastomosis.
- NOVÉ-JOSSERAND. — *Lyon Médical*, 1896 : Tuberculose localisée du cœcum traitée par laparotomie.
- OBALINSKI. — *Langenb. Arch.*, Bd 48 : Laparotomie pour étrang. interne.
- PÉAN. — *Acad. de Méd.*, 1890, p. 856 : Traitement des rétrécissements de la valvule iléo-cœcale.
- REACH. — *Centr. f. die Grenzgebiete der Medizin. und Chir.*, 1900, p. 16 : Die multiplen Darmstrikturen.
- RINDFLEISCH. — Beitr. z. Klin. Chir., 1899, p. 661 : Ueber die an der Heidelberger Chir. Klinik. ausgeführten operation am Magen und Darm.
- ROUX. — Congrès de 1900 : Anastomoses intestinales (Rapport).
- RUGGI. — *Il Policlinico*, 1896 : Résection de 3 m. d'intestin.
- SACHS. — *D. Z. f. Chir.*, 32, 186 : 33 résections intestinales (Kocher) ; *Arch. f. Klin. Chir.*, 1892, 43 : Extirpation pour tuberculose.
- SCHILLER. — Inaug. Diss., 1896 : Ueber Darmoperationem an de Heidelberger. Chir. Klin.
- SCHLATTER. — *Corresp. Blatt f. Schweizer Aertze*, 1899, p. 417, in *Presse Méd.*, février 1899, p. 156.
- SCHMIDT. — *Munch. med. Woch.*, 1893, p. 926 : Extirpation de trois ganglions chez un enfant.

- SENN. — *The Journal of the american med. Assoc.*, 21 mai 1898, p. 1195 : The surgical treatment of intest. tuberculosis.
- SHEPHERD. — *Brit. med. Journal*, 1896, p. 966. In *Revue des Sciences médicales*, 1898, t. 52, p. 244.
- SORENSEN. — *Deutsch. Z. f. Chir.*, 59, mars 1901 : Ueber stenosierende Dünndarntuberkulose, in *Deutsch. med. Woch.*, 1901, 2. 12 ; *Soc. libre des Chirurgiens de Berlin*, 12 novembre 1900 ; *Centr. f. Chir.*, n° 1, 1901.
- SOULIGOUX. — Congrès de 1900 : Anastomoses intestinales.
- TERRIER et BAUDOUIN. — Paris, 1900 : Sutures intestinales.
- TRÊVE. — *The Lancet.*, 5 novembre 1898, p. 1181 : On some rudiments of intest. surgery.
- TROJE. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1897, et *Munch. med. Woch.*, 1897 : Des opérations pour rétrécissement tub. de l'int. grêle.
- TRZEBICKI. — *Langenb. Arch.*, 1848, p. 54.
- TUFFIER. — *Presse Méd.*, 1900, 1, p. 92 : Rétrécissement tuberculeux à forme hypertrophique de l'intestin grêle.
- VILLARD. — *Rev. Chir.*, 1901, 2, 495 : Gastro duodénostomie sous-pylorique ; *Soc. de Méd. de Lyon*, juin 1900.
- VINCI COMINITI. — *Riforma Med.*, 1895, p. 112 : Entérectomie pour tuberculose.
- WAHL. — *Petersb. med. Woch.*, 1889, n° 24 : Ueber Darmanast.
- WALLIS. — *Brit. med. Journal*, 1900, p. 955 : Entérectomie chez un enfant de 7 ans.
- WITE. — Inaug. Diss. Greiswald, 1897.
- ZIMMERMAN. — Inaug. Diss. Wurzburg, 1894 : Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose intestinale.
-

CONCLUSIONS

I. — Il existe un certain nombre de formes de tuberculoses de l'intestin grêle justiciables d'un traitement chirurgical, parce qu'elles peuvent demeurer localisées et amener, en se développant, des troubles de canalisation.

II. — Les principales formes sont : la *tuberculose sténosante cicatricielle*, la *tuberculose sténosante hypertrophique*, la *tuberculose entéro-péritonéale*, les *sténoses multiples*. Chacune de ces formes revêt une symptomatologie souvent complexe. Les signes de sténose chronique, la constatation d'un accès douloureux, d'une tumeur, fournissent les principaux éléments du diagnostic.

III. — Les indications opératoires relèvent de l'existence de l'un de ces signes ; les contre-indications viennent de l'état général du malade, mais sur-

tout du degré et de l'étendue des lésions. Un traitement chirurgical précoce, seul pourra améliorer l'état et donner plus de prise au traitement médical.

IV. — Parmi les méthodes opératoires, la *laparotomie simple* doit être réservée aux lésions très étendues ; l'*entéroplastie* est une méthode d'exception. L'*entérectomie* (méthode radicale) doit être limitée aux lésions peu étendues, en voie d'évolution, lorsque l'état général du sujet est satisfaisant.

L'*entéro-anastomose* (méthode palliative) doit être usitée dans la plupart des cas. Souvent curatrice, elle répond à l'indication principale qui est de supprimer les signes de sténose : par la durée moindre ; elle évite le schok ; par ses manœuvres simples, peu destructives, elle expose moins à la généralisation (Jaboulay).

L'*exclusion unilatérale* nous paraît pouvoir être employée avec avantages, dans certains cas de tuberculose cœcale, comme moyen curatif de la lésion et préventif d'une fistule.

V. — La fistule pyo-stercorale, complication fréquente des formes iléo-cœcales est justiciable de l'*exclusion unilatérale*, comme le recommande M. le professeur Poncet, on aura soin d'anastomoser l'iléon à la fosse iliaque, sous peine de voir la fistule récidiver.

VI. — Au cours de l'occlusion aiguë, le but du chirurgien devra être de rechercher la cause, autant que le permet l'état général du malade; l'anus contre nature ne devra se faire que si l'on a la main forcée; la réduction d'invagination, la section de brides simples, l'entéro-anastomose possible, sont de sérieux arguments en faveur de la laparotomie d'emblée.

Vu :

Le Président de la Thèse,

Antonin PONCET.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 7 novembre 1901.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ

